



Organización
Mundial de la Salud

**Aumentar el acceso
al personal sanitario
en zonas remotas o
rurales mejorando la
retención**

**RECOMENDACIONES
MUNDIALES DE POLÍTICA**

Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención

Recomendaciones mundiales de política

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política.

1. Personal de salud. 2. Prestación de atención de salud. 3. Salud rural. 4. Servicios rurales de salud.
I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 356401 2

(Clasificación NLM: WA 390)

© Organización Mundial de la Salud, 2011

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Francia

Diseño gráfico: Atelier Rasmussen / CH 2011

Prefacio

La mitad de la población mundial vive en zonas remotas o rurales. Sin embargo, la mayor parte del personal sanitario reside y trabaja en las ciudades. Este desequilibrio existe en casi todos los países y dificulta enormemente la prestación de la atención sanitaria en todo el territorio. En los países de bajos ingresos el problema es aun más grave, por dos razones: en primer lugar, la mayoría de ellos ya hacen frente a una escasez crítica de personal sanitario en todas las zonas; en segundo, la proporción de la población que vive en zonas rurales tiende a ser más alta en los países pobres que en los ricos.

Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado un conjunto integral de estrategias destinadas a ayudar a los países a estimular al personal sanitario para que resida y trabaje en zonas remotas y rurales. Algunas de estas estrategias son, por ejemplo, perfeccionar la selección y formación de los estudiantes, y mejorar las condiciones de vida y trabajo de los agentes de salud en esas zonas.

El primer paso ha sido establecer cuáles son las intervenciones que permiten obtener buenos resultados. Este proceso, en el que participó un amplio grupo de expertos de todas las regiones del mundo, duró un año. El segundo paso es compartir los resultados con quienes los necesitan, a través de las recomendaciones que contiene el presente documento. El tercero será aplicarlas, vigilar y evaluar los progresos y, lo que es esencial, actuar de acuerdo con los resultados del seguimiento y la evaluación.

Las recomendaciones son un instrumento práctico que todos los países pueden aplicar y complementan el Código de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario, adoptado por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010.

El Código proporciona un marco para la gestión a mediano y largo plazo de la migración internacional del personal sanitario. Las recomendaciones son un instrumento que se puede utilizar de inmediato para abordar uno de los principales desencadenantes de la migración interna e internacional de los agentes de salud, que es la insatisfacción con las condiciones de vida y de trabajo en las zonas rurales.

En conjunto, el Código y estas nuevas directrices ponen a disposición de los países instrumentos para mejorar la distribución del personal sanitario y fortalecer los servicios de salud. Si se lograran ambas cosas, se podría resolver un problema de larga data, conseguir que el acceso a la atención sanitaria sea más equitativo, y reforzar la acción en pro de la salud maternoinfantil y la lucha contra enfermedades como el SIDA, la tuberculosis y el paludismo.



Margaret Chan
Directora General de la OMS

Nota de agradecimiento

Estas recomendaciones forman parte del programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *Aumentar el acceso al personal sanitario en las zonas remotas o rurales mejorando la retención*. El programa es un componente esencial de la labor de la OMS dirigida a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, fortalecer los sistemas de salud y promover la cobertura universal en el marco de la atención primaria.

Estas actividades no hubieran sido posibles sin el apoyo activo de Margaret Chan, Directora General de la OMS, y Carissa Etienne, Subdirectora General de Gobernanza de los Sistemas de Salud. Manuel M. Dayrit, Director del Departamento de Recursos Humanos para la Salud (HRH) y Jean-Marc Braichet, Coordinador de la Unidad de Migración y Retención del Personal Sanitario (HMR), dirigieron el trabajo de elaboración de estas recomendaciones.

Las recomendaciones fueron redactadas por Carmen Dolea (HMR/HRH), con la colaboración de Laura Stormont (HMR/HRH), en investigación y redacción, y con apoyo en la redacción y edición de Joanne McManus (consultora independiente, Oxford).

Miembros del grupo de expertos de la OMS en *Aumentar el acceso al personal sanitario en las zonas remotas o rurales mejorando la retención* redactaron los documentos preliminares de las distintas secciones de este informe y también realizaron sugerencias útiles a los borradores del documento final. Más abajo, se los menciona en orden alfabético.

Principios rectores: Ian Couper (Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica), Marjolein Dieleman (Real Instituto Tropical, Países Bajos), Gilles Dussault (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal), Jim McCaffery (Training Resources Group y CapacityPlus, Estados Unidos).

Intervenciones relacionadas con la formación: Ian Couper (Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica), Ray Pong (Laurentian University, Canadá), Estelle Quain (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), Roger Strasser (Northern Ontario Medical School, Canadá).

Intervenciones normativas: Seble Frehywot (George Washington University, Estados Unidos), Steve Reid (Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica).

Incentivos económicos: Christophe Lemière (Banco Mundial, Senegal), Eric de Roodenbeke (Federación Internacional de Hospitales, Francia), Marko Vujcic (Banco Mundial, Estados Unidos), Pascal Zurn (HMR/HRH/OMS).

Apoyo personal y profesional: Grace Allen-Young (consultor independiente, Jamaica), Jim Buchan (Queen Margaret University, Reino Unido), Françoise Jabot (Ecole des hautes études en santé publique, Francia), Jim McCaffery (Training Resources Group y CapacityPlus, Estados Unidos), Eric de Roodenbeke (Federación Internacional de Hospitales, Francia), Julia Seyer (Alianza de las Profesionales de la Salud, Francia), Pawit Vanichanon (Hospital Langoon, Tailandia), Junhua Zhang (Ministerio de Salud, China), Kim Webber (Rural Health Workforce Agency, Australia).

Ejecución, seguimiento y evaluación: Dina Balabanova (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Jim Campbell (Instituto de Cooperación Social Integrare, España), Laurence Codjia (Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, Suiza), Marjolein Dieleman (Real Instituto Tropical, Países Bajos), Gilles Dussault (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal), Adriana Galan (Instituto Nacional de Salud Pública, Rumania), Luis Huicho (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú), Tim Martineau (Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, Reino Unido), Mary O'Neil (Management Sciences for Health, Estados Unidos).

Deficiencias en materia de investigación y programa de investigación: Ian Couper (Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica), Gilles Dussault (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal), Marjolein Dieleman (Real Instituto Tropical, Países Bajos), Steve Reid (Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica).

Los siguientes miembros del personal de la OMS participaron activamente en las reuniones consultivas de expertos. De las oficinas regionales de la OMS: Walid Abubaker (Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, Magdalene Awases (Oficina Regional para África), Muzaherul Huq (Oficina Regional para Asia Sudoriental), Ezekiel Nukuro (Oficina Regional para el Pacífico Occidental), Galina Perfilieva (Oficina Regional para Europa), Felix Rigoli (Oficina Regional para las Américas). De los departamentos en la Sede de la OMS: Karin Bergstrom (Alto a la Tuberculosis), Delanyo Dovlo (Gobernanza de los Sistemas de Salud), Varatharajan Durairaj (Financiación de los Sistemas de Salud).

Las reuniones consultivas de expertos fueron competentemente copresididas por Manuel M. Dayrit (HRH) y Charles Normand (Universidad de Dublín, Irlanda). Todas las discrepancias entre los miembros del grupo de expertos se resolvieron por consenso.

Eli Akl (State University of New York at Buffalo, Buffalo, NY, Estados Unidos) proporcionó **apoyo metodológico** para la elaboración de los resúmenes de datos probatorios y las hojas de reseña según el método GRADE. Eli Akl no participó en la redacción de las recomendaciones.

Declaración de intereses: Todos los participantes en las reuniones consultivas firmaron una declaración de intereses. Diez declararon que recibían apoyo financiero de índole no comercial para investigación y asesoramiento, de organismos públicos interesados en la retención del personal sanitario. No se consideró que esto supusiera un conflicto de intereses en relación con la participación en la formulación de las recomendaciones.

Examen colegiado: Lincoln Chen (China Medical Board, Estados Unidos), Yann Bourgueil (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Francia), Christiane Wiskow (consultor independiente, Suiza) y Uta Lehmann (Universidad de Western Cape, Sudáfrica) realizaron el examen colegiado del documento. Los examinadores enviaron por correo electrónico sus observaciones, que fueron discutidas en la reunión plenaria final de expertos en febrero de 2010. Posteriormente, la Secretaría de la OMS realizó las modificaciones pertinentes.

El apoyo logístico de las reuniones consultivas de expertos estuvo a cargo de Valérie Novarina (HMR/HRH) organización de reuniones; Améline Chaouachi (HRH) tecnología de la información y publicaciones en la web y Gillian Weightman (HRH) gestión financiera. Ben Fouquet (HMR/HRH) proporcionó apoyo adicional para la redacción.

El **apoyo financiero** para la producción de estas recomendaciones provino de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la Unión Europea, a quienes deseamos expresar nuestro agradecimiento. Los puntos de vista que figuran en este documento de ningún modo se pueden interpretar como la opinión oficial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Unión Europea.

Al final del texto se proporciona la lista completa de miembros del grupo de expertos y de otros participantes en las reuniones consultivas.

Índice

Prefacio	i
Nota de agradecimiento	iii
Resumen de orientación	3
1. Introducción	7
1.1 Fundamento lógico	7
1.2 Objetivo	9
1.3 Destinatarios	9
1.4 Alcance	9
1.4.1 Categorías de personal sanitario	9
1.4.2 Zonas geográficas	10
1.4.3 Categorías de intervenciones	10
1.5 Proceso de formulación de las recomendaciones mundiales	10
1.6 Proceso de difusión	11
1.7 Metodología	11
1.8 Estructura del informe	12
2. Principios que deben guiar la formulación de políticas nacionales destinadas a mejorar la retención del personal sanitario en zonas remotas o rurales	13
2.1 Priorizar la equidad sanitaria	13
2.2 Garantizar que la permanencia en las zonas rurales forme parte del plan nacional de salud	13
2.3 Conocer las características del personal sanitario	14
2.4 Conocer el contexto	14
2.5 Fortalecer los sistemas de gestión de recursos humanos	15
2.6 Interactuar con todas las partes interesadas relevantes desde el inicio del proceso	16
2.7 Comprometerse con la evaluación y el aprendizaje	16
3. Recomendaciones fundamentadas en datos probatorios para mejorar la captación, contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales	17
3.1 Formación	18
3.1.1 Captar a los estudiantes “adecuados”	19
3.1.2 Realizar la formación en lugares más próximos a las comunidades rurales	20
3.1.3 Acercar a los estudiantes a las comunidades rurales	21
3.1.4 Adaptar los planes de estudio a las necesidades de las zonas rurales	22
3.1.5 Facilitar la promoción profesional	23
3.2 Intervenciones normativas	24
3.2.1 Crear las condiciones para ampliar el ámbito del ejercicio profesional del personal sanitario en las zonas rurales	24
3.2.2 Formar aceleradamente más agentes de salud para cubrir las necesidades de las zonas rurales	25

3.2.3	Sacar el máximo provecho del servicio obligatorio	26
3.2.4	Vincular los subsidios para la formación con destinos obligatorios	27
3.3	Incentivos económicos	29
3.3.1	Hacer que sea ventajoso trasladarse a una zona remota o rural	29
3.4	Apoyo personal y profesional	31
3.4.1	Mejorar las condiciones de vida	31
3.4.2	Garantizar un entorno de trabajo en condiciones aceptables	32
3.4.3	Promover la interacciones entre agentes de salud de zonas rurales y urbanas	33
3.4.4	Establecer mecanismos de promoción para los agentes de salud rurales	33
3.4.5	Facilitar el intercambio de conocimientos	34
3.4.6	Aumentar la visibilidad del personal sanitario rural	35
4.	Medición de resultados: cómo seleccionar, aplicar y evaluar políticas de retención en las zonas rurales	36
4.1	Pertinencia: ¿cuáles son las intervenciones que responden mejor a las prioridades nacionales y a las expectativas de los agentes de salud y las comunidades rurales?	37
4.2	Aceptabilidad: ¿qué intervenciones son políticamente aceptables y cuentan con mayor apoyo entre las partes interesadas?	37
4.3	Asequibilidad: ¿qué intervenciones son asequibles?	39
4.4	Eficacia: ¿se deben tomar en cuenta la complementariedad y las posibles consecuencias no buscadas de las diferentes intervenciones?	39
4.5	Repercusión: ¿qué indicadores se usarán para medir la repercusión en el tiempo?	40
5.	Deficiencias en la investigación y programa de investigaciones	42
5.1	Deficiencias en la investigación	42
5.1.1	Estudiar todas las categorías de personal sanitario	42
5.1.2	Más investigación en países de ingresos bajos	42
5.1.3	Evaluaciones mejor formuladas	43
5.1.4	Calidad de los datos probatorios (no sólo qué es lo que funciona sino por qué y cómo lo hace)	43
5.2	Programa de investigaciones	44
6.	Establecer la solidez de las recomendaciones	44
	Metodología	62
	Lista de participantes	66
	Referencias	69

Resumen de orientación

¿Por qué se han elaborado estas recomendaciones?

Los planificadores de políticas de todos los países, independientemente del nivel de desarrollo económico nacional, buscan alcanzar la equidad sanitaria y satisfacer las necesidades de salud de sus poblaciones, en especial de los grupos más vulnerables y desfavorecidos. Uno de los retos más complejos al que se enfrentan es garantizar que las personas que viven en zonas remotas o rurales tengan acceso a personal sanitario competente. Para lograr servicios de salud eficaces y mejorar los resultados sanitarios, es indispensable que haya un número suficiente de agentes de salud motivados y competentes en el lugar y el momento apropiados. La escasez de personal sanitario calificado en las zonas remotas o rurales impide que un porcentaje considerable de la población acceda a los servicios de salud, entorpece el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y constituye un escollo en la estrategia destinada a lograr salud para todos. La OMS ha elaborado estas recomendaciones en respuesta a las peticiones de los líderes mundiales, la sociedad civil y los Estados Miembros.

¿Cuál es el alcance de estas recomendaciones?

Las recomendaciones fundamentadas en datos probatorios se refieren a los desplazamientos del personal sanitario dentro de las fronteras de un país y giran exclusivamente en torno a las estrategias destinadas a aumentar la dotación de personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando las medidas para atraer, contratar y retener a los agentes salud. Complementan la labor actual de la OMS en relación con el Código de prácticas sobre la contratación internacional de personal sanitario (véase el Anexo 3). Las recomendaciones son aplicables a todas las categorías de agentes del sector sanitario formal y regulado, incluidos los administradores y el personal de apoyo, y también a los estudiantes que asisten o desean asistir a programas de formación en disciplinas relacionadas con la salud.

¿Cuáles son las recomendaciones específicas?

Es importante destacar que en el cuerpo principal del documento se puede encontrar información mucho más detallada y útil, y que los mejores resultados se lograrán si se selecciona y adopta un conjunto de recomendaciones pertinentes en un contexto dado.

A. RECOMENDACIONES EN MATERIA DE FORMACIÓN

1. Establecer políticas de admisión focalizadas en estudiantes procedentes de zonas rurales en los programas de formación de las diferentes disciplinas sanitarias, para aumentar la probabilidad de que los que se gradúen ejerzan en zonas rurales.
2. Situar las escuelas de formación profesional, los campus universitarios y las residencias de especialización en medicina de familia fuera de las capitales y grandes ciudades, ya que es más probable que los egresados de estas escuelas y programas decidan trabajar en zonas rurales.
3. Estimular las experiencias y las prácticas clínicas rotatorias de los estudiantes de diferentes disciplinas en las comunidades rurales, para atraerlos hacia esas zonas y aumentar las posibilidades de contratación.
4. Modificar los programas de estudio de grado y de posgrado para que incorporen materias de estudio relacionadas con la salud en el entorno rural; mejorar así las aptitudes de los agentes de salud que trabajan en zonas rurales y, por lo tanto, aumentar el grado de satisfacción laboral y la permanencia.
5. Estimular la permanencia estableciendo programas de formación continua y promoción profesional que se adapten a las necesidades del personal sanitario de las zonas rurales y a los que los agentes de salud puedan acceder fácilmente desde el lugar donde residen y trabajan.

B. RECOMENDACIONES NORMATIVAS

1. Establecer y regular entornos más favorables para el ejercicio profesional en las zonas remotas o rurales, con el fin de aumentar la satisfacción laboral y facilitar la contratación y la permanencia.
2. Establecer categorías diferentes de personal sanitario con formación apropiada y reglamentar la práctica en zonas rurales, para aumentar el número de agentes de salud en las zonas remotas o rurales.
3. Garantizar que la exigencia del servicio obligatorio en zonas rurales y remotas vaya unida al apoyo y los incentivos apropiados, de modo de fomentar la contratación y la posterior permanencia de los agentes de salud en esas zonas.
4. Ofrecer becas, ayudas y otros subsidios para la formación cuya contrapartida sea la obligación de prestar servicio en zonas remotas o rurales, para aumentar la contratación de agentes de salud en esas regiones.

C. RECOMENDACIÓN EN MATERIA DE INCENTIVOS ECONÓMICOS

1. Recurrir a una combinación de incentivos económicos sostenibles en términos presupuestarios, como prestaciones por condiciones de vida difíciles, ayudas para la vivienda, traslados gratuitos, vacaciones pagas etc., suficientes para compensar el costo de oportunidad asociado con el trabajo en zona rurales (desde la perspectiva de los agentes de salud), y mejorar la retención en esas zonas.

D. RECOMENDACIONES EN MATERIA DE APOYO PERSONAL Y PROFESIONAL

1. Mejorar las condiciones de vida del personal sanitario y de sus familias e invertir en infraestructura y servicios (saneamiento, electricidad, telecomunicaciones, escuelas) porque estos factores influyen considerablemente en la decisión de los agentes de salud de establecerse y permanecer en las zonas rurales.
2. Garantizar un entorno laboral propicio y seguro, con equipamiento y suministros apropiados, apoyo, supervisión y tutoría, de modo que los puestos de trabajo resulten atractivos desde el punto de vista profesional y, por lo tanto, aumente la contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales.
3. Identificar y realizar actividades de apoyo periférico apropiadas, para facilitar la cooperación entre agentes de salud que trabajan en zonas mejor atendidas y personal sanitario de zonas subatendidas y, cuando sea posible, recurrir a la telemedicina para ofrecer apoyo adicional a los agentes de salud de zonas remotas o rurales.
4. Crear y apoyar programas de promoción profesional y ofrecer puestos de categorías superiores en zonas rurales, de manera que el personal sanitario pueda progresar gracias a la experiencia, la formación y la capacitación sin tener que abandonar las zonas rurales.
5. Apoyar la creación de redes de profesionales, asociaciones de profesionales sanitarios que ejercen en zonas rurales, publicaciones periódicas sobre salud rural, etc. para estimular el espíritu de cuerpo y combatir la percepción de aislamiento profesional.
6. Adoptar medidas destinadas a lograr reconocimiento público, como la celebración de días de la salud rural, la concesión de premios o distinciones locales, nacionales e internacionales, para poner de relieve el trabajo realizado en las zonas rurales y crear condiciones para aumentar la motivación natural y, por lo tanto, la permanencia del personal sanitario rural.

¿Qué principios deben guiar la formulación de estrategias nacionales para retener al personal sanitario en las zonas rurales?

Todos los esfuerzos para aumentar la contratación y la retención del personal sanitario en las zonas remotas o rurales deberían asentarse en una serie de principios interconectados. La adhesión al principio de **equidad sanitaria** facilitará la asignación de los recursos disponibles de manera que contribuya a reducir las desigualdades evitables en materia de salud. Asimismo, enmarcar las políticas de retención del personal sanitario en las zonas rurales en el **plan nacional de salud** comprometerá a todas las partes interesadas a rendir cuentas en términos de resultados tangibles y mensurables.

La elección de las intervenciones debería estar respaldada por un **conocimiento profundo de la realidad del personal sanitario**. Este conocimiento exige, como mínimo, un análisis pormenorizado de la situación, el mercado laboral y los factores que influyen en la decisión de los agentes de salud de trasladarse a una zona remota o rural, permanecer en ella o abandonarla. Un análisis adecuado de los **factores sociales, económicos y políticos más generales** de orden nacional, subnacional y comunitario que influyen en la permanencia ayudará a que las intervenciones de política seleccionadas se sustenten en el contexto específico de cada país y se adecuen a él.

Serán necesarios conocimientos especializados en **gestión de recursos humanos** en los niveles central y local para evaluar las opciones y promover intervenciones destinadas a retener a los agentes de salud en las zonas rurales, mientras que la aplicación de las políticas escogidas dependerá de personas con conocimientos sólidos de gestión y aptitudes de liderazgo, en particular en los centros sanitarios. **La implicación de las partes interesadas** de todos los sectores es indispensable para que las políticas de retención tengan éxito y también para cualquier política relativa al sistema de salud y el personal sanitario. Las comunidades rurales y de zonas remotas, las asociaciones profesionales y otras instancias decisorias relevantes deben formar parte del proceso desde el principio, para que sea posible obtener y mantener el apoyo de todos los implicados.

El compromiso con **la vigilancia, la evaluación y la investigación operacional** es esencial para evaluar la eficacia; modificar, si fuera necesario, las políticas una vez iniciada la ejecución; extraer enseñanzas valiosas; crear una base de datos probatorios, y profundizar el conocimiento acerca del funcionamiento de las intervenciones y de las razones por las que tienen éxito en un contexto pero no en otros.

¿Cómo se seleccionan y evalúan las intervenciones?

Como ocurre en muchas esferas de las políticas relacionadas con los sistemas de salud, faltan evaluaciones fundadas sobre las intervenciones dirigidas a la retención del personal sanitario en las zonas rurales. Para favorecer el cambio de paradigma necesario hacia más y mejores evaluaciones, en el presente informe se proponen un marco y cinco preguntas de orientación que los formuladores de políticas pueden utilizar en la selección, el diseño, la ejecución y la vigilancia y evaluación de las intervenciones apropiadas dirigidas a retener al personal sanitario en las zonas rurales.

- a) Pertinencia: ¿cuáles son las intervenciones que responden mejor a las prioridades nacionales y a las expectativas de los agentes de salud y las comunidades rurales?
- b) Aceptabilidad: ¿qué intervenciones son políticamente aceptables y cuentan con mayor apoyo entre las partes interesadas?
- c) Asequibilidad: ¿qué intervenciones son asequibles?
- d) Eficacia: ¿se deben tomar en cuenta la complementariedad y las posibles consecuencias no buscadas de las diferentes intervenciones?
- e) Repercusión: ¿qué indicadores se usarán para medir la repercusión en el tiempo?

El marco especifica las facetas en las que se pueden medir los efectos de las estrategias de retención: captación, contratación, retención y desempeño de los agentes de salud y los sistemas de salud.

Uno de los desafíos que se presentan en la evaluación es que cada recomendación tiene más de un resultado (o efecto) y que no es posible lograr ninguno de ellos mediante una sola intervención. Esto hace más compleja la tarea de medir los resultados y atribuir los logros a intervenciones particulares.

¿Cómo se formularon las recomendaciones?

La Secretaría de la OMS convocó a un grupo de expertos compuesto por investigadores, formuladores de políticas, financiadores, representantes de asociaciones profesionales y responsables de la aplicación de los programas, mujeres y varones en proporción equilibrada, de todas las regiones de la OMS. Se solicitó al grupo de expertos que examinara el conocimiento y los datos probatorios disponibles y que facilitara a los formuladores de políticas orientación práctica actualizada sobre cómo elaborar, aplicar y evaluar estrategias destinadas a retener al personal sanitario en las zonas remotas o rurales.

Las recomendaciones se formularon después de que se hubo realizado un examen exhaustivo de todos los datos probatorios relevantes disponibles sobre contratación y retención de los agentes de salud en las zonas remotas o rurales. Durante su elaboración también se tomaron en cuenta las experiencias de los países y las opiniones de los expertos, que se reunieron en seis oportunidades entre febrero de 2009 y febrero de 2010. El grupo de expertos consideró que en este campo es tan importante determinar si una intervención funciona o no (eficacia), como por qué y de qué manera lo hace. El contexto puede influir en que la misma intervención tenga diferentes resultados y, por lo tanto, es preciso que esté mejor reflejado en la investigación.

En el proceso de elaboración de las recomendaciones, se realizaron todos los esfuerzos necesarios para cumplir con las normas establecidas por el Comité de examen de directrices de la OMS sobre difusión, procesamiento y utilización de datos probatorios. Por esta razón se utilizó el método GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) de clasificación de la calidad de los datos probatorios y el grado de solidez de las recomendaciones, y se presentaron los datos en el formato de este sistema de clasificación de calidad de los datos. No obstante, y a causa de la gran cantidad de información, en particular sobre los mecanismos que hacen que una intervención tenga éxito, el grupo de expertos decidió complementar el enfoque GRADE con otros datos probatorios.

Junto con el presente documento, la Secretaría de la OMS ha publicado otros documentos de apoyo.

- Los anexos, disponibles en un CD-ROM, contienen información detallada sobre los datos probatorios que se utilizaron para formular las recomendaciones (perfiles de datos según el método GRADE y cuadros de datos descriptivos).
- En mayo de 2010, en un número monográfico especial del *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* se publicaron distintos artículos sobre la elaboración de este informe.
- La OMS ha encargado y publicado tres exámenes: un examen sobre la repercusión del servicio obligatorio en la contratación y retención de los agentes de salud en las zonas rurales; una evaluación "realista" cuya finalidad fue establecer no sólo por qué funcionan algunas intervenciones sino por qué y cómo lo hacen, y un examen de la influencia de las actividades de apoyo periférico en la contratación de personal sanitario en zonas remotas o rurales.
- Se está publicando una serie de estudios monográficos de países, que incluye informes de Australia, China, Etiopía, República Democrática Popular Lao, Malí, Noruega, Samoa, Senegal, Vanuatu y Zambia.

¿Cuál es el siguiente paso?

El presente documento está disponible en versión impresa, en la página web de la OMS y en CD-ROM. Se lo difundirá por los canales habituales de la OMS para que los países adapten y apliquen las recomendaciones. También será traducido y difundido en otros idiomas. Algunos países, como la

República Democrática Popular Lao y Malí, ya están tomando en cuenta estas recomendaciones en la formulación de sus estrategias de retención, con la asistencia técnica de la Secretaría de la OMS. Además, algunos miembros del grupo de expertos están realizando investigaciones para subsanar las deficiencias detectadas en los datos cuando se elaboraba este documento.

Se prevé que estas recomendaciones se mantendrán en vigor hasta 2013. En ese momento, la Unidad de Migración y Retención del Personal Sanitario, del Departamento de Recursos Humanos de la sede de la OMS en Ginebra, se encargará de examinarlas a la luz de los nuevos datos probatorios, las nuevas investigaciones y las observaciones de los países que las hayan aplicado. También deberá analizar la posibilidad de ampliar el alcance de las recomendaciones, por ejemplo para incluir estrategias de contratación y retención para todas las zonas subatendidas.

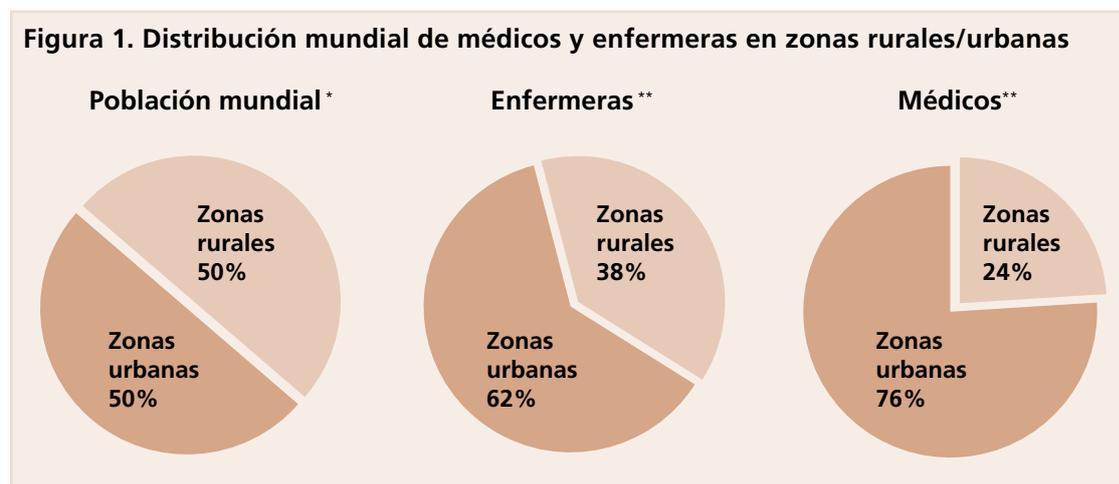
1. Introducción

1.1 Fundamento lógico

Los planificadores de políticas de todos los países, independientemente de cuál sea el grado de desarrollo económico nacional, buscan alcanzar la equidad sanitaria y satisfacer las necesidades de salud de sus poblaciones, en especial de los grupos más vulnerables y desfavorecidos. Uno de los retos más complejos al que se enfrentan es garantizar que las personas que viven en zonas rurales y remotas accedan a personal sanitario competente. Para que los servicios de salud sean eficaces y los resultados sanitarios mejoren, es indispensable que haya un número suficiente de agentes de salud motivados y competentes en el lugar y el momento adecuados. La escasez de personal sanitario capacitado en las zonas remotas o rurales impide que un porcentaje considerable de la población acceda a los servicios de salud, entorpece el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y constituye un escollo en la estrategia destinada a lograr salud para todos.

Este es un problema al que se enfrentan casi todos los países. Aproximadamente la mitad de la población mundial vive en zonas rurales, pero sólo el 38% del total del personal de enfermería y menos de la cuarta parte de los médicos presta servicios en esas zonas (véase la Figura 1). La situación es particularmente desesperada en 57 países, en los que la grave escasez de agentes de salud capacitados impide que aproximadamente mil millones de personas tengan acceso a servicios de atención de salud esenciales (1). En Bangladesh, por ejemplo, el 30% de las enfermeras ejerce en cuatro distritos metropolitanos donde sólo vive el 15% de la población (2). En Sudáfrica, el 46% de la población vive en zonas rurales, pero solamente el 12% de los médicos y el 19% de las enfermeras trabaja en esas zonas (3). El problema se agrava en algunos países francófonos de África subsahariana, como Costa de Marfil, República Democrática del Congo y Malí, en los que la sobreproducción de agentes de salud en relación con la capacidad de absorción ha generado desempleo entre los médicos de zonas urbanas y escasez de médicos en zonas rurales (4).

Figura 1. Distribución mundial de médicos y enfermeras en zonas rurales/urbanas



*Fuente: (18) **Fuente: (1)

Incluso en los países de altos ingresos faltan agentes de salud en zonas remotas o rurales. En los Estados Unidos de América, el 9% de los médicos registrados ejerce en zonas rurales, donde vive el 20% de la población (5). En Francia hay grandes desigualdades en términos de distribución de médicos generales, la densidad es mayor en el sur y en la capital que en el centro y el norte del país (6). Por último, en Canadá sólo el 9,3% de los médicos trabaja en zonas remotas o rurales, en las que vive el 24% de la población (7).

Todos los gobiernos actúan sobre el mercado laboral del sector sanitario a través de la regulación, el financiamiento y la información. Un mercado laboral totalmente desregulado nunca garantizará una buena distribución del personal sanitario por la capacidad de atracción de los centros urbanos o, en algunos casos, de otros países.

Abundantes datos probatorios y experiencias demuestran que el compromiso político y las intervenciones de política son cruciales para una distribución más equitativa del personal sanitario. En países tan diferentes como China, Cuba y Tailandia, distintos compromisos contraídos hace ya tiempo para formar, capacitar y apoyar a los agentes de salud rurales han permitido mejorar el acceso de la población al personal sanitario motivado en esas zonas (8–10).

Sin embargo, ningún país ha logrado solucionar definitivamente los problemas y, en consecuencia, en eventos internacionales recientes se ha subrayado la importancia de mejorar la permanencia del personal sanitario y se ha realizado un llamamiento en favor de intervenciones de política más eficaces (véase el Recuadro 1).

Recuadro 1. Llamamientos internacionales en favor de la acción

- La Asamblea Mundial de la Salud, en sus resoluciones sobre migración en 2004 y sobre formación acelerada de agentes de salud en 2006, instó a los Estados Miembros a poner en marcha mecanismos para aumentar la permanencia de los agentes de salud.
- En marzo de 2008, la *Declaración de Kampala* del Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud instó a los gobiernos a “asegurar los incentivos adecuados y un ambiente de trabajo propicio y sin riesgos para garantizar eficazmente la retención y distribución equitativa de los recursos humanos para la salud”.
- El Comunicado del G8 de julio de 2008 reafirmó la necesidad de asegurar la retención efectiva del personal sanitario.
- El informe de noviembre de 2008 de la Comisión sobre Determinantes de la Salud exhortó a los gobiernos y las entidades internacionales asociadas a abordar específicamente los desequilibrios en la distribución geográfica del personal sanitario en las zonas rurales como un determinante estructural de los malos resultados sanitarios.
- En junio de 2009, el Grupo de Trabajo de alto nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación Internacional de los Sistemas de Salud instó a los gobiernos a garantizar el acceso a servicios de salud esenciales, seguros y de alta calidad para toda la población, incluida la de las zonas remotas o rurales.

Fuentes:

- http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf
- https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R23-en.pdf
- <http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>
- http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf
- http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
- <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/taskforce>

1.2 Objetivo

En respuesta a los llamamientos a la acción de los líderes mundiales, la sociedad civil y los Estados Miembros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó a un grupo de expertos para que examinara el conocimiento y los datos probatorios existentes y facilitara a los formuladores de políticas orientación práctica actualizada sobre cómo elaborar, aplicar y evaluar estrategias destinadas a retener al personal sanitario en las zonas remotas o rurales. Con estas recomendaciones, la Organización busca apuntalar los esfuerzos que realizan los países para mejorar los resultados sanitarios, fortaleciendo la capacidad de los sistemas de salud para prestar una atención sanitaria de calidad y accesible, que responda a la demanda y sea eficaz, eficiente y equitativa.

1.3 Destinatarios

En el presente documento se insiste en la necesidad de establecer compromisos políticos, institucionales y financieros sostenidos, y en la participación imprescindible de numerosas partes interesadas. Por lo tanto, los destinatarios son los dirigentes de los gobiernos y los formuladores de política nacional en diferentes sectores, como los de la salud, las finanzas, la educación, el trabajo y los servicios públicos. Las partes interesadas son, entre otras, los administradores de los sistemas de salud, los gestores de los recursos humanos, los directores de instituciones educativas y de formación, los empleadores de los agentes de salud, las asociaciones profesionales que representan a las diferentes categorías superiores de personal sanitario, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades de zonas remotas o rurales.

1.4 Alcance

Esta es la primera vez que se publican recomendaciones mundiales sobre este importante asunto. El presente informe se ha basado en trabajos anteriores sobre recursos humanos para la salud, entre ellos el informe de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto (11), el Informe sobre la salud en el mundo de 2006 (1) y el informe del Grupo de trabajo sobre intensificación de la formación y capacitación del personal sanitario (12). También se han incorporado métodos e instrumentos relevantes, como el Marco de acción de los recursos humanos para la salud (13) y el Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud (14).

Las recomendaciones basadas en datos probatorios se refieren a los desplazamientos de los agentes de salud dentro de las fronteras de un país y complementan la labor actual de la OMS en el Código de prácticas sobre la contratación internacional de personal sanitario (véase el Anexo 3), con el fin de enfrentar los retos que plantean las migraciones internacionales de agentes de salud (15).

Las recomendaciones se refieren exclusivamente a estrategias dirigidas a aumentar la disponibilidad de agentes de salud motivados y competentes en las zonas remotas o rurales, mejorando la captación, contratación y permanencia del personal sanitario en esas zonas. Son pertinentes una vez que un país ha evaluado las necesidades de salud de su población, planeado y proyectado la necesidad futura de personal sanitario, y está en situación de considerar estrategias para la formación, distribución y retención de los agentes de salud.

También es cierto que otros factores pueden impedir el acceso de la población a los servicios de salud en las zonas remotas o rurales; por ejemplo, las carencias de índole socioeconómica, las barreras geográficas y las distancias, la falta de medios de transporte y telecomunicaciones, y el costo y la aceptabilidad de los servicios. Las acciones destinadas a abordar estos temas también pueden influir en la disponibilidad de agentes de salud en las zonas remotas o rurales.

1.4.1 Categorías de personal sanitario

Las recomendaciones se aplican a todas las categorías de personal sanitario en el sector de la salud formal y regulado (público y privado), y a los estudiantes que asisten a programas de formación en disciplinas relacionadas con la salud o desean formarse en estas disciplinas. Esto abarca a los prestadores de atención sanitaria (médicos, enfermeras, parteras, agentes de salud de nivel medio, farmacéuticos, dentistas, técnicos de laboratorio, agentes de salud comunitarios, etc.) y también a los gestores y al personal de apoyo (gestores de recursos humanos, administradores

de los servicios, trabajadores de la salud pública, epidemiólogos, ingenieros clínicos, profesores, instructores, etc.).

1.4.2 Zonas geográficas

Estas recomendaciones son aplicables específicamente en zonas remotas o rurales, no en todas las zonas subatendidas. Esto es así, en parte, porque la situación geográfica de las zonas remotas o rurales exige intervenciones particulares y porque abordar los problemas en estas zonas implica abordar también las necesidades de las poblaciones subatendidas en un sentido más amplio, lo que no ocurriría a la inversa.

Las zonas subatendidas son áreas geográficas en las que la población tiene un acceso limitado a personal sanitario capacitado y servicios de salud de calidad. Entre ellas se pueden mencionar las zonas remotas o rurales, las islas pequeñas o distantes, las barriadas urbanas miserables, las zonas en conflicto o que han sido escenario de conflictos, los campos de refugiados, las comunidades de minorías e indígenas, y todo lugar que ha sido gravemente afectado por un desastre natural o una catástrofe provocada por el hombre. Si los países y el grupo de expertos lo consideran necesario, cuando las recomendaciones sean examinadas el alcance geográfico se podría ampliar para incluir a otras zonas desatendidas.

No existen definiciones universales precisas para “zonas urbanas” y “zonas rurales”. Según las Naciones Unidas, la distinción entre poblaciones urbanas y rurales no es susceptible de una única definición aplicable en todos los países, por las diferencias nacionales respecto de las características que distinguen a una zona urbana y a una rural (16).

Por lo general, la definición propia de cada país de estos términos toma en cuenta dos elementos principales: las características de los poblados (densidad de población, existencia de estructuras económicas) y el acceso desde una zona urbana (distancia en kilómetros o en horas de viaje por carretera).

A los fines de estas recomendaciones, “zonas rurales” indica zonas que no tienen características urbanas (17). Una zona urbana habitualmente incluye la población de una ciudad o pueblo más la de las zonas suburbanas que están fuera de los límites de la ciudad pero adyacentes a ellos (18).

1.4.3 Categorías de intervenciones

Si bien hay otros modos de aumentar el acceso de las poblaciones que viven en zonas remotas o rurales a servicios de salud apropiados, por ejemplo mediante diferentes modelos de prestación o a través de la contratación internacional de agentes de salud, estas recomendaciones se refieren exclusivamente a las intervenciones en la esfera de la planificación y gestión de los recursos humanos. Las cuatro categorías principales son:

- a) formación
- b) regulación
- c) incentivos económicos
- d) apoyo personal y profesional.

En el Capítulo 3 se describen en detalle las intervenciones recomendadas.

1.5 Proceso de formulación de las recomendaciones mundiales

La OMS realizó un examen inicial de la bibliografía en 2008, en base al cual se elaboró un documento informativo para la primera reunión del grupo de expertos realizada en febrero de 2009. En la selección de los miembros del grupo se prestó especial atención a la paridad entre los sexos y a la representación de todas las regiones de la OMS y partes interesadas relevantes (formuladores de políticas, académicos, financiadores, asociaciones profesionales y agentes de salud de zonas rurales). En las páginas 66–68 figura la lista de los miembros del grupo de expertos.

El documento informativo de la OMS incluye un examen exhaustivo del pensamiento actual y los datos probatorios disponibles en este campo, y resalta las lagunas importantes en el conocimiento (19). Los

expertos utilizaron el documento informativo para consensuar las preguntas de investigación que se responderían en este informe y las cuatro categorías de intervenciones. En su primera reunión, también establecieron un plan de acción para complementar la base de datos probatorios, y algunos de los expertos se integraron por voluntad propia a un grupo “básico” cuya tarea era realizar la investigación sistemática adicional necesaria. En las reuniones consultivas posteriores (dos del grupo básico en abril y octubre de 2009, y dos del grupo de expertos completo en junio y noviembre de 2009), analizaron los resultados de la investigación adicional y propusieron recomendaciones preliminares. Durante estas reuniones de consulta, los miembros del grupo básico de expertos elaboraron el texto inicial de las recomendaciones, que luego fue examinado por la Secretaría de la OMS (20).

El borrador revisado de las recomendaciones se presentó en un taller regional realizado en Hanoi, Vietnam, en noviembre de 2009, al que asistieron formuladores de políticas, autoridades académicas y otros interesados de 15 países de Asia y ocho de África (21). Los participantes tuvieron la oportunidad de discutir sus experiencias y los retos a los que se enfrentan en la acción destinada a aumentar la retención en zonas remotas o rurales, y de realizar observaciones al borrador.

Los expertos se reunieron por última vez en febrero de 2010 para volver a discutir el proyecto de recomendaciones, en particular con la perspectiva de clasificarlas de acuerdo con la calidad de los datos probatorios, los beneficios, las valoraciones y el uso de los recursos. Se prepararon hojas de reseña para cada recomendación, que incluían los factores tomados en cuenta para la clasificación. El seguimiento con el grupo básico de expertos se realizó mediante el intercambio de correos electrónicos sobre los resúmenes de datos probatorios definitivos y las hojas de reseña revisadas para cada recomendación. La Secretaría de la OMS incorporó los aportes de los expertos y completó el informe.

En mayo de 2010, en un número monográfico especial del *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* –una revista con revisión científica externa– se publicaron distintos artículos sobre la elaboración de este informe (22). Asimismo, se encargó a dos expertos la elaboración de informes por escrito sobre los esquemas de servicio obligatorio y de extensión, para examinar y analizar los datos probatorios disponibles en relación con las recomendaciones específicas. Otro experto realizó un “examen realista” de una selección de estudios sobre retención del personal sanitario, con el fin de conocer mejor cómo influyen los factores contextuales y cuáles son los mecanismos que hacen que las intervenciones tengan éxito o fracasen. También se realizaron estudios monográficos de países, en Australia, Etiopía, la República Democrática Popular Lao, Malí, Noruega, Samoa, Senegal, Vanuatu y Zambia, para conocer las características particulares de cada país y compartir las enseñanzas extraídas. Los informes y estudios monográficos de países mencionados contribuyeron significativamente a establecer la base de datos probatorios para estas recomendaciones; serán publicados como documentos separados y estarán disponibles en línea en: <http://www.who.int/hrh/resources/>.

1.6 Proceso de difusión

El presente documento estará disponible en el sitio web de la OMS, en versión impresa y también en formato CD-ROM. Se lo hará circular por los canales habituales de la OMS para que los países lo adapten y apliquen. También será traducido y difundido en otros idiomas. Se prevé que las recomendaciones se mantendrán en vigor hasta 2013. En ese momento, la Unidad de Migración y Retención del Personal Sanitario, del Departamento de Recursos Humanos de la sede de la OMS en Ginebra, se encargará de examinarlas a la luz de los nuevos datos probatorios, las nuevas investigaciones y las observaciones de los países que las hayan aplicado. También deberá analizar la posibilidad de ampliar su alcance, por ejemplo para incluir estrategias de contratación y retención para todas las zonas subatendidas.

1.7 Metodología

Las recomendaciones se elaboraron tras un examen exhaustivo de todos los datos probatorios disponibles y relevantes sobre la captación, contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales. En este campo, gran parte de los datos provienen de estudios observacionales y

rara vez de estudios de cohortes o de estudios de cohorte única (antes y después) adecuadamente formulados. A diferencia de lo que ocurre en el campo de la medicina clínica, es bastante difícil, sino imposible, realizar ensayos aleatorizados controlados para estudiar los efectos de muchas de las intervenciones propuestas en el presente documento. Se trata de intervenciones complejas con múltiples variables y numerosos factores de confusión que menoscaban el diseño e interfieren en la fase de ejecución. El grupo de expertos consideró que en este campo tan importante es determinar si una intervención tiene éxito o fracasa (eficacia), como por qué y cómo lo hace. El contexto es un elemento clave que puede hacer que la misma intervención tenga diferentes resultados y, por lo tanto, debe estar mejor reflejado en la investigación.

Se realizaron todos los esfuerzos necesarios para cumplir con las normas establecidas por el Comité de examen de directrices de la OMS sobre difusión, procesamiento y utilización de datos probatorios (23). Esto incluye el uso de un método para evaluar los datos probatorios llamado GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) y la presentación de la calidad de los datos probatorios en el formato del GRADE.

A causa de la gran cantidad de información en este campo, en particular sobre los mecanismos que hacen que las intervenciones tengan éxito, el grupo de expertos percibió que una cantidad considerable de datos probatorios valiosos no era recogida por el método GRADE. En consecuencia, ya al inicio del proceso de formulación de las presentes recomendaciones, los expertos decidieron complementar los cuadros del GRADE con otros que garantizaran el acceso de los formuladores de políticas a resúmenes de todos los datos relevantes disponibles. En las páginas 62-65 se detalla la metodología empleada para el examen bibliográfico, las investigaciones adicionales, y la recopilación y evaluación de los datos probatorios.

1.8 Estructura del informe

En este capítulo se describen el marco lógico y el proceso de elaboración de las recomendaciones mundiales relativas a la retención del personal sanitario en las zonas remotas o rurales. Los cinco capítulos restantes tratan sobre lo que se debe hacer y las razones por las que se debe hacer, según se desprende del amplio examen bibliográfico, la opinión de los expertos y el proceso consultivo:

- Principios y acciones que deben orientar las estrategias nacionales dirigidas a aumentar la permanencia de los agentes de salud en las zonas remotas o rurales (Capítulo 2)
- Recomendaciones específicas agrupadas en cuatro categorías principales (Capítulo 3)
 - formación
 - regulación
 - incentivos económicos
 - apoyo personal y profesional
- Cómo seleccionar y evaluar las intervenciones (Capítulo 4)
- Programa de investigaciones y plan de acción (Capítulo 5)
- Detalle de los criterios utilizados para clasificar las recomendaciones presentadas en el Capítulo 3 (Capítulo 6).

En los anexos, disponibles en formato CD-ROM y también en línea, se incluye el detalle de los datos probatorios y la información utilizada para formular las presentes recomendaciones:

- los perfiles de datos para las recomendaciones A1–A5, B1–B3, C1 y D1–D6 (Anexo 1)
- un resumen completo de los datos descriptivos no incluidos en los perfiles (Anexo 2)
- La Resolución WHA63.16 y el Código de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario (Anexo 3).

2. Principios que deben guiar la formulación de políticas nacionales destinadas a mejorar la retención del personal sanitario en zonas remotas o rurales

En este capítulo se describen algunos principios interrelacionados en los que se deben basar las acciones para aumentar la contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales. El compromiso de las autoridades decisorias con las acciones mencionadas en este capítulo es esencial para que las recomendaciones presentadas en el Capítulo 3 tengan alguna posibilidad de éxito. Estos principios, junto con el marco y las preguntas para el seguimiento y la evaluación presentadas en el Capítulo 4, deberían proporcionar a los formuladores de políticas instrumentos útiles para planificar, ejecutar y evaluar las estrategias de retención más apropiadas y relevantes en el contexto particular.

2.1 Priorizar la equidad sanitaria

De acuerdo con el principio de equidad sanitaria, todos los ciudadanos deberían tener las mismas oportunidades de gozar de un buen estado de salud. Sin embargo, en muchos países existen grandes desigualdades. La imposibilidad de acceder a prestadores de atención sanitaria capacitados es una de las principales causas de base de la inequidad sanitaria, y adquiere dimensiones desproporcionadas en las poblaciones de comunidades remotas o rurales. La adhesión a este principio orientará la selección de las estrategias más eficaces de retención y la asignación de los recursos disponibles de manera que contribuya a reducir las desigualdades evitables en materia de salud.

Por ejemplo, cuando se establece el número de agentes de salud necesarios en una comunidad o población determinada, y hay algunos datos que indican que las necesidades de salud de las poblaciones rurales son mayores, será necesario un número proporcionalmente más alto de agentes de salud en esas zonas (1, 24).

Cuando se los compara con sus pares en las zonas metropolitanas, los agentes de salud rurales son "generalistas en sentido más amplio", prestan una gama más amplia de servicios y tienen un grado más alto de responsabilidad clínica en condiciones de relativo aislamiento profesional (25). En un contexto de grandes distancias, accidentes geográficos, dificultades para el desplazamiento, malas comunicaciones etc., las pequeñas comunidades de zonas remotas o rurales pueden requerir un número más elevado de médicos generalistas que el que se justificaría en un contexto urbano.

2.2 Garantizar que la permanencia en las zonas rurales forme parte del plan nacional de salud

Este concepto tiene relación con los principios de alineación y coherencia de las políticas en el plano nacional. Las estrategias de retención del personal sanitario rural deben estar inmersas en un plan nacional de salud validado y del que se hayan calculado los costos. Un plan nacional de salud proporciona el marco en el cual todos los interesados serán responsables de obtener resultados tangibles y mensurables; el plan de salud está en el centro de las acciones en pro del desarrollo sanitario, que el país dirige y que le son propias, y es en todo coherente con las prioridades y la capacidad nacionales. Un plan nacional de dotación de personal sanitario, como parte integral del plan de salud del país, permite proyectar la cantidad y las categorías de agentes de salud que se precisarán en el futuro, las políticas y estrategias para aumentar la disponibilidad de personal sanitario, las estrategias para retener y motivar a los agentes de salud, y el costo de ejecución de todas las intervenciones requeridas.

Dado que en última instancia el objetivo es mejorar los resultados sanitarios, es fundamental que las intervenciones de política y los planes para formar y distribuir agentes de salud de las categorías más apropiadas se formulen de modo que respondan a las necesidades, percepciones, expectativas y comportamientos de búsqueda de atención sanitaria de las personas que residen en las comunidades remotas o rurales.

Toda estrategia de retención debe estar vinculada con las estructuras y funciones más amplias de los sistemas de salud local y nacional, para aprovechar la sinergia y aumentar la eficiencia. Por ejemplo, si un país tiene un plan de salud y están en marcha reformas en el sector sanitario, esta puede ser una oportunidad para priorizar la renovación de las instalaciones sanitarias rurales y mejorar las condiciones de trabajo, como parte del plan nacional de expansión de las instalaciones sanitarias. En cambio, un plan para ampliar los servicios de salud públicos o financiados por entidades privadas en las zonas urbanas puede ir en contra de las nuevas estrategias para atraer personal hacia las zonas rurales.

2.3 Conocer las características del personal sanitario

Es preciso conocer en profundidad las características del personal sanitario, antes de emprender cualquiera de las intervenciones recomendadas. Esto significa conocer la densidad y la distribución por género, región geográfica, sector y especialidad de los agentes de salud. Un análisis integral de la situación y el mercado laboral, presentes y futuros, debería permitir identificar todo posible desequilibrio entre la oferta y la demanda. Por ejemplo, establecer si hay una gran cantidad de agentes de salud desempleados en las zonas urbanas, o si existen importantes diferencias respecto de las remuneraciones entre las zonas rurales y urbanas, para de este modo orientar las intervenciones.

Un paso clave para conocer el alcance del problema y orientar la elección apropiada de intervenciones es realizar un análisis detallado de los factores que influyen en las decisiones de los agentes de salud de desplazarse a zonas remotas o rurales, permanecer en ellas o partir. Estos factores son sumamente complejos, porque en general se relacionan con las características personales, la estructura del sistema de salud y el entorno social, económico y político (véase la Figura 2). También es compleja la interrelación entre estos factores, en la que influye mucho la motivación de fondo, sea ésta de índole económica, social, cultural, religiosa, etc. (26-28).



Fuente: adaptado de (29)

2.4 Conocer el contexto

Aumentar la permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales plantea algunos desafíos complejos en términos de políticas, que no se pueden abordar solamente dentro de los límites del sector de la salud. Es preciso considerar también factores sociales, económicos y políticos más generales, nacionales, subnacionales y comunitarios que influyen en la permanencia, para asegurarse de que las intervenciones elegidas están enraizadas en el contexto particular del país y se adaptan a él.

Las reformas gubernamentales y de la administración pública pueden tener efectos positivos o negativos en las estrategias de retención. Por ejemplo, un programa amplio de reformas de la administración pública puede fortalecer los sistemas de designación y distribución en el sector público. Sin embargo, en Indonesia una de las consecuencias de la descentralización ha sido la fragmentación del sistema de información sobre el personal sanitario, porque las instancias decisorias en el plano local entendieron que ya no estaban obligadas a suministrar datos a las instancias superiores. Esto afectó el pago regular de los incentivos económicos y la supervisión del personal sanitario rural (30).

Aumentar el nivel educativo en las zonas remotas o rurales, y priorizar la mejora de las infraestructuras y los servicios en estas zonas (carreteras, agua, saneamiento, electricidad, telecomunicaciones etc.) aumentará el acceso de la población a los servicios de salud y hará que trabajar en estas zonas sea más atractivo para los agentes de salud y también para quienes trabajan en otros sectores de la administración pública.

2.5 Fortalecer los sistemas de gestión de los recursos humanos

La capacidad de gestión es un requisito básico para que cualquier estrategia de retención sea eficaz. Las estrategias para retener al personal sanitario en las zonas remotas o rurales se deben basar en sistemas de gestión de los recursos humanos (RH), en los que hay componentes clave como la planificación del personal, las prácticas de captación y contratación, las condiciones de trabajo y la gestión del desempeño, y también es fundamental que haya gestores de RH capaces de realizar estas tareas (véase el Recuadro 2).

En muchos países, la gestión de RH en el sector de la salud es sumamente débil, en particular fuera de la administración central, y esta falta de capacidad es un gran obstáculo a la hora de encarar intervenciones eficaces en relación con el personal sanitario. Además, para evaluar opciones y promover intervenciones destinadas a aumentar la permanencia del personal sanitario en las zonas rurales se necesitarán conocimientos de gestión de RH a nivel central y local, en tanto que para la ejecución de las políticas elegidas se deberá contar con personas que posean una sólida capacidad de gestión y grandes aptitudes de liderazgo, en especial en los centros sanitarios.

También es importante la capacidad de organización, así como la continuidad de los mecanismos establecidos para supervisar la aplicación de las recomendaciones; por ejemplo, los cambios repentinos en la administración pueden generar normas y procedimientos poco claros, y esto, a su vez, demorar el pago de las prestaciones y limitar la eficacia de la intervención.

La mayoría de los países deberá invertir en programas de promoción profesional que incluyan capacitación, instrucción, tutoría y apoyo profesional, para formar un núcleo de gestores de RH y fortalecer la capacidad en todos los niveles. Muchos países deberán iniciar o fortalecer programas de formación de responsables de la acción sanitaria, para mejorar la capacidad de supervisión en las zonas rurales y crear un ambiente de trabajo propicio para atraer y retener a los agentes de salud. En el nivel central, para desplegar estrategias de gestión de los recursos humanos para la salud sostenibles y factibles, entre ellas las destinadas a aumentar la permanencia de los agentes de salud las zonas remotas o rurales, es imprescindible que haya gestores de RH y formuladores de políticas capaces de interactuar con las partes interesadas, analizar y comprender su poder y sus intereses, y negociar acuerdos.

Recuadro 2. Elementos de un sistema de gestión sólido de los recursos humanos

Las principales funciones de un sistema de gestión eficaz de los RH son:

- *Personal*: planificación (incluidas las normas de dotación de personal), captación, contratación y distribución
- *Condiciones y entorno laboral*: relaciones entre los empleados, seguridad en el lugar de trabajo, satisfacción con el empleo y promoción profesional
- *Información sobre los RH*: datos e información para la adopción de decisiones
- *Gestión del desempeño*: evaluación, supervisión y productividad.

La clave para un sistema de gestión sólido de los RH es contar con gestores capacitados y competentes, aptos para realizar las tareas de RH descritas más arriba.

- *Planificación del personal:* Dirigir y apoyar procesos de planificación eficaz del personal sanitario basados en información sólida sobre los RH; promover la adopción de decisiones fundamentadas en datos; vincular los perfiles y las categorías de personal sanitario con los que se necesitan para alcanzar los objetivos sanitarios estratégicos (decidir sobre aspectos como la delegación de funciones, la redefinición de perfiles, la redistribución, los incentivos, etc.); alinear las necesidades de personal sanitario con los planes estratégicos para los recursos humanos; participar en los procesos de planificación estratégica acertada de los recursos humanos para la salud, y promover prácticas adecuadas de cálculo de costos de modo que las proyecciones relativas al personal sanitario se puedan presupuestar correctamente.
- *Prácticas de captación, contratación y distribución de los RH:* Los gestores deben utilizar sus conocimientos sobre prácticas eficaces en áreas como captación y selección, orientación, distribución, desarrollo y retención del personal, para promover cambios positivos en el sistema. Deben hacerlo trabajando mancomunadamente con los formuladores de políticas para identificar los obstáculos que impiden que la captación, contratación, distribución y retención del personal sean eficaces y eficientes. El trabajo para promover cambios también se relaciona con la aplicación de medidas relacionadas con la delegación de funciones y los incentivos, entre otras.
- *Condiciones de trabajo y entorno laboral:* Promover y supervisar acciones que mejoren el entorno laboral de modo que aumente el grado de satisfacción laboral, por ejemplo respecto de las relaciones entre los empleados, la seguridad del lugar de trabajo y la promoción profesional.
- *Información sobre RH:* Integrar la información y las fuentes de datos para garantizar la oportuna disponibilidad de los datos fiables necesarios para la planificación, la capacitación, la evaluación y el respaldo del personal sanitario.
- *Gestión del desempeño, liderazgo y desarrollo del personal:* Asegurarse de que en el sistema de salud funcione un sistema eficaz de evaluación del desempeño; dirigir y promover intervenciones sistemáticas para aumentar la productividad; utilizar los conocimientos actualizados sobre enfoques de liderazgo y gestión para promover prácticas adecuadas; evaluar la situación respecto del liderazgo y la gestión en el sistema, y organizar o promover programas para mejorarlos si fuera necesario; en general, asegurarse de que el personal sanitario es competente para realizar el trabajo que se le exige que haga.

2.6 Interactuar con todas las partes interesadas relevantes desde el inicio del proceso

Involucrar a las partes interesadas de diferentes sectores es crucial para que las políticas de retención tengan éxito, como lo es para cualquier política relacionada con el sistema de salud o el personal sanitario. Para identificar y seleccionar las estrategias más apropiadas, serán necesarias amplias consultas y un trabajo de coordinación. Las comunidades de zonas remotas o rurales, las asociaciones de profesionales y otras instancias decisorias relevantes deben ser incluidas en el diseño, la formulación, la aplicación, el seguimiento y la evaluación, de modo de obtener y mantener el apoyo de todos los involucrados. En el Capítulo 4 se detalla el papel de las distintas partes interesadas en la ejecución de las intervenciones propuestas.

2.7 Comprometerse con la evaluación y el aprendizaje

El compromiso inicial con la vigilancia y la evaluación es imprescindible para extraer enseñanzas valiosas y construir la base de datos probatorios que será útil para un país en particular y otros países con contextos similares. La vigilancia y la evaluación ayudarán a identificar retos y limitaciones durante la ejecución, determinar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos y si es preciso formular una nueva intervención o volver a formular o modificar una existente. La vigilancia y la evaluación deben formar parte de la fase de diseño y deben integrarse en el plan de ejecución (véase el Capítulo 4). Además, se necesita invertir continuamente en los sistemas de información

nacionales, con el fin de garantizar que la información y los datos sean exactos y estén disponibles en el momento oportuno para fundamentar la adopción de decisiones.

El aprendizaje continuo también es esencial. No será posible trasladar las “prácticas adecuadas” de un país a otro sin un conocimiento cabal de la situación, las necesidades y el contexto particular. De ahí la necesidad de la investigación operacional para evaluar la eficacia y, si es preciso, modificar las políticas durante la ejecución. Esto ayudará a construir la base de datos probatorios que permita establecer por qué determinadas intervenciones tienen éxito en algunos contextos pero no en otros, y de qué manera lo hacen. Los datos servirán para que los formuladores de políticas de otros países seleccionen las intervenciones más apropiadas y si es necesario las adapten para adecuarlas a la situación específica. En los cuadros del Capítulo 6 se mencionan las deficiencias en la investigación que se detectaron en el proceso de elaboración de cada una de las recomendaciones. Además, el Capítulo 5 se refiere a la calidad de la investigación en este campo, y cómo se la puede fortalecer y respaldar.

3. Recomendaciones fundamentadas en datos probatorios para mejorar la captación, contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales

En este capítulo se describe una gama de intervenciones que se pueden combinar para mejorar la retención del personal sanitario en las zonas remotas o rurales. Están divididas en cuatro categorías: formación, regulación, incentivos económicos y apoyo personal y profesional (véase el Cuadro 1 más abajo).

Cuadro 1. Intervenciones para mejorar la captación, contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales, por categoría

Categoría	Ejemplos
A. Formación	A1 Estudiantes procedentes de zonas rurales
	A2 Escuelas de formación en disciplinas sanitarias fuera de las principales ciudades
	A3 Prácticas clínicas rotatorias en zonas rurales durante los estudios
	A4 Programa de estudio que incorpore temas de salud en zonas rurales
	A5 Formación profesional continua de los agentes de salud rurales
B. Regulación	B1 Ampliación del ámbito de ejercicio profesional
	B2 Categorías diferentes de agentes de salud
	B3 Servicio obligatorio
	B4 Formación subsidiada a cambio de la prestación de servicios
C. Incentivos económicos	C1 Incentivos económicos apropiados
D. Apoyo profesional y personal	D1 Mejores condiciones de vida
	D2 Entorno laboral propicio y seguro
	D3 Apoyo periférico
	D4 Programas de promoción profesional
	D5 Redes de profesionales
	D6 Medidas para lograr reconocimiento público

Cada una de las recomendaciones de este capítulo está asociada con una presentación de la calidad de los datos probatorios y el grado de solidez de la recomendación, que son requisitos del método GRADE (véase la sección 1.7). En lo que concierne a los datos probatorios, la mayoría de los estudios

en este campo son observacionales y no incluyen un grupo de control. Según el método GRADE, este tipo de datos se clasifican como de calidad “baja”.

Como los criterios del método GRADE tienen algunas limitaciones cuando se trata de evaluar la calidad de los datos probatorios en relación con intervenciones complejas con múltiples variables, el grupo de expertos optó por atribuir más relevancia a otros factores para determinar la solidez de las recomendaciones. Los criterios adoptados fueron, entre otros, la relación entre beneficios y desventajas, la variabilidad respecto de los valores y las preferencias, los recursos necesarios y la viabilidad en términos técnicos en los diferentes contextos. El grupo de expertos utilizó hojas de reseña para incluir el detalle de estos factores para cada una de las 16 recomendaciones, que se presentan en el Capítulo 6. En general, cuando la calidad de los datos probatorios era baja, el grupo consideró más importantes los valores de equidad y la necesidad acuciante de garantizar el acceso al personal sanitario de las poblaciones de zonas remotas o rurales.

Una intervención con una recomendación “sólida” se asocia con una calidad de los datos probatorios “moderada” o “baja” en los cuadros del GRADE; con un consenso general respecto de la magnitud del efecto y los beneficios en términos absolutos, diferencias poco significativas entre las valoraciones que los diferentes interesados hacen de los resultados y prerrequisitos técnicos para la ejecución viables en la mayoría de los contextos. Las intervenciones con una recomendación “sólida” tienen más posibilidades de éxito en una amplia variedad de contextos.

Una intervención con una recomendación de solidez “limitada” indica una calidad de los datos probatorios “muy baja” o “baja”, una magnitud del efecto reducida en un periodo breve, considerablemente más efectos negativos posibles, amplia variabilidad en las valoraciones de las partes interesadas y grandes variaciones de un país a otro respecto de los prerrequisitos para la ejecución. Una recomendación de solidez “limitada” tiene menos probabilidades de éxito en todos los contextos y requiere un análisis prudente de los aspectos contextuales y de los prerrequisitos para su aplicación, que se detallan en los capítulos 2 y 4.

En este capítulo, los datos probatorios disponibles y los conocimientos, la experiencia, las opiniones y los juicios actuales de los expertos se presentan en forma de resúmenes de datos probatorios y comentarios, que acompañan a la recomendación. En las observaciones también se destacan las principales deficiencias en la investigación, que se tratan con más detenimiento en el Capítulo 5. Para una información más detallada se pueden consultar los cuadros del Capítulo 6 y los anexos disponibles en formato CD-ROM.

3.1 Formación

La formación es la base de la producción de personal sanitario competente. En consecuencia, es importante seleccionar a los estudiantes “adecuados”, es decir a aquéllos que más probablemente ejercerán su profesión en zonas remotas o rurales, y formarlos en los lugares y con los métodos y planes de estudio que tengan más posibilidades de influir en la decisión futura sobre el lugar de trabajo. También es importante apoyar el aprendizaje continuo del personal sanitario rural a lo largo de la carrera profesional, en particular en las zonas aisladas en las que es difícil acceder al conocimiento y la información.

A1 Estudiantes que proceden de zonas rurales

A2 Escuelas de formación en disciplinas sanitarias fuera de las grandes ciudades

A3 Prácticas clínicas rotatorias en zonas rurales durante los estudios

A4 Planes de estudio que incorporen temas relacionados con la salud en zonas rurales

A5 Promoción profesional continua para los agentes de salud de zonas rurales

3.1.1 Captar a los estudiantes “adecuados”

RECOMENDACIÓN A1

Políticas de admisión dirigidas a captar estudiantes provenientes de zonas rurales para los programas de formación en diferentes disciplinas sanitarias, de modo de aumentar la probabilidad de que los que se gradúen ejerzan en esas zonas.

Calidad de los datos probatorios: moderada. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada.

Resumen de los datos probatorios

Un cúmulo importante de datos probatorios de países de ingresos altos, medianos y bajos indica que quien procede de una zona rural tiene más probabilidades de retornar a ella una vez graduado. En algunos estudios se ha demostrado que estos graduados continúan ejerciendo en las zonas rurales durante por lo menos 10 años (31-34). En un examen sistemático publicado en la Cochrane Library se afirma que: “Aparentemente, es el factor más estrechamente relacionado con el ejercicio de la profesión en zonas rurales” (35).

En algunos estudios longitudinales que realizaron un seguimiento de las localizaciones geográficas del ejercicio médico en los Estados Unidos, se observó que los estudiantes procedentes de zonas rurales continuaban ejerciendo en esas zonas durante un promedio de 11-16 años después de graduarse (véase el Recuadro 3). En Sudáfrica, la probabilidad de que los estudiantes procedentes de zonas rurales ejerzan en esas zonas es tres veces mayor que la de los que proceden de zonas urbanas (32).

Recuadro 3. Programa Physician Shortage Area Programme (PSAP) del Jefferson Medical College

De acuerdo con los resultados de un amplio estudio longitudinal de cohortes, se obtuvieron excelentes resultados con un programa de formación multifacético dirigido a producir médicos que permanecieran durante un largo periodo en las zonas rurales de los Estados Unidos. Los investigadores realizaron un seguimiento de más de 20 años de la localización y permanencia de los médicos graduados en el Programa en las zonas rurales de los Estados Unidos. Observaron que después de 11-16 años, “el 68% de los egresados del PSAP todavía ejercían la medicina de familia en la misma zona rural, respecto del 46% de sus pares que no se habían graduado en el PSAP”. Si bien la cantidad de alumnos por clase en el PSAP es relativamente pequeña, los datos indican que una alta proporción de los graduados ejerce en zonas rurales durante muchos años (33).

Comentario

Las escuelas de medicina habitualmente tienen requisitos de admisión extremadamente exigentes respecto de la formación básica. En los países en los que los niveles de educación secundaria son más bajos en las zonas rurales que en las urbanas, tal vez sea necesario establecer cupos para estudiantes provenientes de zonas rurales y vincularlos con programas de estudio de equiparación. China, Tailandia y Vietnam son algunos de los países en esta situación que han recurrido a este tipo de medidas. La solución a largo plazo es que los gobiernos mejoren la calidad de la enseñanza primaria y secundaria en las zonas remotas o rurales.

Es posible que los estudiantes de las zonas rurales necesiten más ayuda económica mientras estudian, ya que los ingresos de las familias que viven en esas zonas con frecuencia son considerablemente más bajos que los de las familias de zonas urbanas. También es probable que necesiten más respaldo académico y social, por la transición de una zona rural a una zona urbana.

Cuando los estudiantes de zonas rurales asisten a instituciones educativas ubicadas en esas zonas, con planes de estudio adaptados a las necesidades sanitarias particulares, es más probable que permanezcan en las zonas rurales una vez graduados. Por esta razón, es importante que los for-

muladores de políticas combinen al menos tres de estas intervenciones para obtener mejores resultados (A1 combinada con A2 y A3, y con B4).

Se necesita más investigación para establecer si es posible identificar un “perfil” de futuro agente de salud rural, que puede tener relación con el lugar de procedencia, algunos rasgos de comportamiento particulares, como el altruismo, u otros factores intrínsecos de motivación. El conocimiento de estos rasgos podría orientar las políticas de selección y contratación, y contribuir también a la orientación vocacional de los estudiantes de escuelas secundarias, antes de que ingresen a la educación superior.

No hay datos concluyentes respecto de hasta qué punto el sexo o el grupo étnico se asocian con la práctica en zonas rurales. Es preciso investigar más, sobre todo en los países en los que la composición demográfica del personal sanitario está cambiando, a medida que más mujeres y personas de minorías étnicas practican la medicina y la enfermería.

Se sabe poco sobre las políticas de admisión preferente o dirigida de estudiantes procedentes de zonas rurales en las escuelas de enfermería o de otras disciplinas sanitarias.

3.1.2 Realizar la formación en lugares más próximos a las comunidades rurales

RECOMENDACIÓN A2

Ubicar las escuelas de medicina, los campus universitarios y los programas de residencia en medicina de familia fuera de las capitales y otras ciudades importantes, ya es más probable que los graduados de estas escuelas y programas ejerzan en zonas rurales.

Calidad de los datos: baja. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada.

Resumen de los datos probatorios

Estudios observacionales extensos realizados en países de ingresos altos y bajos indican que es más probable que los médicos egresados de escuelas de medicina ubicadas en zonas rurales ejerzan la profesión en zonas rurales, que los médicos egresados de escuelas de zonas urbanas. Por ejemplo, en un examen reciente se observó que en los Estados Unidos las escuelas de medicina que tendían a producir más médicos rurales tenían las siguientes características: estaban ubicadas en estados rurales, eran públicas, ofrecían formación en especialidades generalistas y recibían escasa financiación federal para la investigación (36). En un estudio realizado en la República Democrática del Congo se demostró que la ubicación de una escuela en una zona rural se asociaba estrechamente con el empleo en la zona rural después de la graduación (37). En China, un estudio indicó que las escuelas de medicina rurales producían más médicos rurales que las ubicadas en los centros metropolitanos (38). Sin embargo, a menudo es difícil determinar el efecto independiente de la ubicación rural de las escuelas, porque en los resultados de la investigación a menudo hay factores de confusión, como la captación de más estudiantes procedentes de zonas rurales por esas escuelas (36). Datos limitados indican que entre los egresados de programas de residencia de posgrado ubicados en zonas rurales, en particular de residencia en medicina de familia, también es más alta la probabilidad de ejercicio en una zona rural, pero hay algunas limitaciones metodológicas relacionadas con estos datos (39-41) (véase el Cuadro 4.2).

Comentario

Se deben considerar estrategias complementarias, como la educación a distancia o el ciberaprendizaje, ya que pueden contribuir a que escuelas ubicadas en zonas urbanas amplíen el radio en el que habitualmente captan estudiantes, y a que más residentes en zonas rurales accedan a la formación sin tener que mudarse a ciudades alejadas. La combinación de esta intervención con políticas de admisión dirigidas y cambios de los planes de estudio (A1 y A3) probablemente permita alcanzar mejores resultados.

Están surgiendo algunos datos sobre los beneficios de ubicar también las escuelas de formación en otras disciplinas sanitarias en las zonas rurales de los países en desarrollo (4, 42), pero es preciso estudiar mejor los efectos de esta intervención.

Hay datos emergentes sobre la importancia de promover un marco de responsabilización social en la educación médica en zonas subatendidas, para responder mejor a las necesidades de esas comunidades. Por ejemplo, algunas escuelas de medicina orientadas a necesidades y resultados en zonas remotas o rurales de Australia, Canadá, Filipinas y Sudáfrica conformaron una red cuya "misión básica es aumentar el número, la calidad, la permanencia y el desempeño del personal sanitario de zonas subatendidas" (<http://www.thenetcommunity.org/>). En el Recuadro 4 a continuación se destacan los principios de responsabilización social en los que se sustenta la capacitación que brindan estas escuelas.

Recuadro 4. Principios de responsabilización social en los que se sustentan las escuelas de medicina de las redes Training for Health Equity Network (THENet)

1. Las necesidades sanitarias y sociales de determinadas comunidades orientan los programas educativos, de investigación y servicio.
2. Los estudiantes provienen de comunidades con las mayores necesidades de atención sanitaria.
3. Los cursos se dictan en las comunidades en las que se presta el servicio o en lugares muy próximos.
4. Gran parte del aprendizaje se realiza en la comunidad y no principalmente en establecimientos universitarios u hospitales.
5. El plan de estudios integra la investigación básica y clínica con la investigación en salud de la población y ciencias sociales; con el contacto clínico temprano se incrementa la relevancia y el valor del aprendizaje teórico.
6. La metodología pedagógica está centrada en el estudiante, los problemas y el servicio, y respaldada por la tecnología de la información.
7. Se capta y capacita a los agentes de salud comunitarios para que actúen como profesores y tutores.
8. Las escuelas se asocian con los sistemas de salud para producir personal sanitario con aptitudes localmente revelantes.
9. La facultad y los programas ponen el acento en el compromiso con el servicio público y sirven de modelo (43).

3.1.3 Acercar a los estudiantes a las comunidades rurales

RECOMENDACIÓN A3

Poner en contacto a los estudiantes de diferentes disciplinas sanitarias con las comunidades rurales y promover las prácticas clínicas rotatorias, ya que la experiencia puede influir positivamente en términos de captación y contratación de agentes de salud en zonas rurales.

Calidad de los datos: muy baja. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada.

Resumen de los datos probatorios

La capacitación de los estudiantes, en particular de medicina, habitualmente se realiza en centros de atención terciaria que cuentan con tecnología e instrumentos de diagnóstico de última generación. Una vez completados los estudios, los jóvenes graduados se encuentran con que no tienen formación para enfrentar situaciones sanitarias en zonas que no disponen de tecnología

ni de instrumentos avanzados. Lo mismo es cierto en relación con otras disciplinas sanitarias. Las prácticas clínicas en zonas rurales durante la formación son un modo de exponer a los estudiantes a los problemas sanitarios en las zonas rurales y a las condiciones en las que se presta el servicio en esas comunidades, y de permitirles un mayor conocimiento real del trabajo en las zonas rurales.

Los datos científicos sobre los efectos de las prácticas clínicas rotatorias en el aumento de la retención en zonas rurales son contradictorios, pero sí indican que el contacto con comunidades rurales en el periodo de formación influye en la elección posterior de ejercer en esas zonas, incluso en el caso de los estudiantes que provienen de zonas urbanas (44-47). Los estudios, que se realizaron sobre estudiantes de medicina, farmacia y enfermería, también indican que los estudiantes que realizaron prácticas en zonas rurales durante su formación estaban más capacitados para abordar los problemas sanitarios propios de esas zonas. Sin embargo, como las prácticas en el medio rural no siempre son obligatorias, existe la posibilidad de que los estudiantes que proceden de zonas rurales elijan voluntariamente estos programas, lo que introduce potenciales factores de confusión en los resultados de estos estudios.

Comentario

La formación en un medio rural puede hacer que los agentes de salud “echen raíces” en esas localidades, y facilita el establecimiento de redes profesionales. También puede aumentar el interés por la salud en las zonas rurales, incluso entre aquellos que eventualmente decidan no ejercer en el medio rural de manera permanente. El efecto puede ser mayor si esta intervención se combina con las recomendaciones A1 (políticas de admisión dirigidas), A2 (localización de las escuelas de medicina fuera de las principales ciudades) y A4 (modificación de los planes de estudio).

No se sabe cuál sería la duración óptima para la experiencia en zonas rurales de los estudiantes. Oscila entre cuatro semanas y hasta 36, y puede ser obligatoria o voluntaria. La presencia de tutores, instructores y supervisores locales es un factor esencial para esta intervención.

Son necesarios estudios mejor diseñados para abordar con mayor certeza los factores de confusión en la elección voluntaria de los estudiantes de las prácticas clínicas en zonas rurales. También se necesitan más estudios sobre otras categorías de personal sanitario y sobre países en desarrollo.

3.1.4 Adaptar los planes de estudio a las necesidades de las zonas rurales

RECOMENDACIÓN A4

Examinar los planes de estudio de grado y posgrado para incorporar temas relacionados con la salud en el medio rural de modo de aumentar las aptitudes de los agentes de salud que trabajan en dichas zonas y, por consiguiente, aumentar la satisfacción y la permanencia en el empleo.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación sólida.

Resumen de los datos probatorios

En general, no hay datos que respalden esta recomendación, en particular de países en desarrollo y sobre disciplinas que no tienen relación con la sanidad. Sin embargo, los datos disponibles sí indican que la formación centrada en la atención primaria o que se imparte desde una perspectiva generalista produce profesionales con voluntad de trabajar en zonas rurales y aptitudes para hacerlo (48). Esto es así porque los agentes de salud rurales son, en su mayoría, generalistas o médicos de atención primaria. Asimismo, algunos estudios sugieren que la capacitación en técnicas avanzadas (por ejemplo en obstetricia, medicina de urgencias, anestesia y cirugía) puede aumentar la confianza de los residentes en medicina de familia y equiparlos con aptitudes necesarias para la práctica en el medio rural (49, 50), ya que los médicos rurales a menudo no tienen el apoyo de especialistas y el alcance de su práctica es más amplio.

El ejercicio de la profesión en zonas rurales se asocia con tres factores: procedencia de un medio rural; experiencias educativas y clínicas positivas en zonas rurales durante la formación, y capacitación específica para la práctica en zonas rurales en la formación de posgrado (51). No obstante, los efectos individuales de cada uno de estos factores en el aumento de la permanencia son difíciles de calcular, porque existen numerosos factores de confusión. Si bien no hay datos probatorios que indiquen directamente que la modificación de los planes de estudio aumenta la retención del personal sanitario en las zonas rurales, abundantes datos complementarios indican que los programas de estudio orientados a la medicina rural equipan a los jóvenes estudiantes con los instrumentos y las aptitudes necesarios para ejercer en zonas rurales (52). Por ejemplo, en un estudio en pequeña escala realizado en Australia se logró demostrar que los estudiantes de cursos con planes de estudio orientados al medio rural obtenían mejores resultados que los estudiantes de cursos con planes de estudio orientados a las zonas urbanas en los exámenes de quinto año (porcentajes promediados), en algunas disciplinas relacionadas con la práctica general, como medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, psiquiatría y exploración clínica (53).

Comentario

La práctica del personal sanitario de zonas rurales es muy diferente de la de sus pares en zonas urbanas; los médicos rurales no disponen de instrumentos y equipos sofisticados para la evaluación clínica y el tratamiento y deben colaborar con las comunidades rurales y manejarse en el contexto rural. Por lo tanto, la formación de estudiantes en grandes hospitales escuela difícilmente proporcione las aptitudes y la capacidad para abordar adecuadamente las necesidades sanitarias de las zonas rurales y adaptarse a las condiciones de la práctica en esas zonas. Es preciso examinar y renovar continuamente los planes de estudio, aunque el proceso demande tiempo. También es importante que el medio rural esté reflejado en el contenido de la enseñanza. Además, los planes de estudios centrados en la atención general o la atención primaria deben incluir conocimientos suficientes de especialidades relevantes, para preparar a los médicos para una práctica más amplia, como la que a menudo exige el ejercicio en zonas rurales. Se necesitan más estudios sobre los efectos directos de la modificación de los planes de estudio en la permanencia del personal sanitario, y en particular en relación con los profesionales sanitarios que no son médicos.

3.1.5 Facilitar la promoción profesional

RECOMENDACIÓN A5

Estimular la permanencia estableciendo programas de formación continua y promoción profesional que se adecuen a las necesidades del personal sanitario de las zonas rurales y a los que los agentes de salud puedan acceder fácilmente desde el lugar donde residen y trabajan.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada.

Resumen de los datos probatorios

El acceso a la educación continua y la promoción profesional es necesario para mantener la competencia y mejorar el rendimiento del personal sanitario en todas partes (1). Sin embargo, para los agentes de salud de zonas rurales acceder a estos programas puede ser más difícil si para ello deben trasladarse a zonas urbanas. Hay datos directos limitados sobre el efecto de los programas de educación continua en la permanencia del personal sanitario, pero hay abundantes datos complementarios que indican que si los cursos se impartieran en zonas rurales y se centraran en las necesidades expresadas de los agentes de salud, probablemente mejorarían la competencia del personal sanitario rural, generarían un sentido de pertenencia a un grupo profesional y aumentarían el deseo de permanecer y ejercer en esas zonas (54, 55).

Comentario

Como en el caso de las intervenciones anteriores, es más probable que se obtengan mejores resultados si se la combina con otras. La educación continua, para que tenga éxito, debe estar

vinculada a la promoción profesional (D4) y también a otras intervenciones de formación. La educación continua se debe enfocar desde una perspectiva amplia. Las actividades no sólo permiten la adquisición de conocimientos o el desarrollo de aptitudes, también ofrecen a los agentes de salud rurales la oportunidad de interactuar con otros médicos y establecer redes de profesionales y contactos sociales, algo que puede ayudar a reducir la sensación de aislamiento profesional o social (56). Se deben utilizar métodos de aprendizaje a distancia basados en tecnologías de la información y comunicación, según sea pertinente y viable, para que los programas de educación continua lleguen a las zonas más remotas.

3.2 Intervenciones normativas

En general, las intervenciones normativas se pueden definir como aquéllas que comprenden medidas gubernamentales de control de orden legislativo, administrativo, legal o de política. Las medidas normativas pueden ser leyes aprobadas por los parlamentos/estatutos que establecen reglamentaciones, políticas y directrices formuladas por los ministerios pertinentes y orientaciones sobre programas. Respecto de la contratación y retención en zonas rurales, las intervenciones que exigen medidas normativas son las relacionadas con la ampliación del alcance la práctica de los agentes de salud rurales, la producción de categorías diferentes de personal sanitario, los requisitos del servicio obligatorio y los esquemas de subsidios con contrapartida.

B1 Ampliación del ámbito de ejercicio profesional

B2 Categorías diferentes de personal sanitario

B3 Servicio obligatorio

B4 Educación subsidiada a cambio de servicio en zonas rurales

3.2.1 Crear las condiciones para ampliar el ámbito del ejercicio profesional del personal sanitario en las zonas rurales

RECOMENDACIÓN B1

Establecer y regular ámbitos de ejercicio profesional más amplios en las zonas remotas o rurales, para aumentar las posibilidades de satisfacción en el empleo y, con ello, favorecer la contratación y la retención.

Calidad de los datos probatorios: muy baja. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada.

Resumen de los datos probatorios

Los agentes de salud que trabajan en comunidades remotas o rurales a menudo deben prestar servicios que exceden el cometido de su educación formal, porque en la zona no hay otro personal sanitario más calificado. En algunos casos, esta situación que amplía de facto el ámbito de ejercicio del personal sanitario es reconocida y existen medidas reglamentarias (como decretos) que permiten a determinadas categorías de agentes de salud prestar servicios que van más allá de su formación, en la suposición de que así aumentará el acceso a los servicios de salud de las poblaciones de zonas remotas o rurales.

Con los datos probatorios disponibles no se puede establecer si la ampliación del ámbito de ejercicio profesional realmente ha contribuido a retener al personal sanitario en las zonas rurales. No obstante, hay datos que indican que esta ampliación puede aumentar la satisfacción en el empleo. Por ejemplo, en un estudio controlado realizado en Australia se demostró que las enfermeras participantes a las que se permitía prescribir medicamentos manifestaban mayor satisfacción en el empleo que las enfermeras a las que no se autorizaba a hacerlo (57).

También hay datos convincentes que indican que el hecho de que la atención esté a cargo de agentes de salud a quienes se ha autorizado esta práctica ampliada no va en detrimento de la calidad. Más aún, un examen sistemático (58) de seis estudios aleatorizados controlados indicó que “la calidad de la atención en las consultas atendidas por enfermeras ayudantes de medicina fue, en algunos aspectos, mejor” que en las atendidas por médicos, aunque los estudios no se referían a zonas rurales. Además, los pacientes manifestaron un grado de satisfacción mayor con las enfermeras ayudantes de medicina.

Comentario

Los agentes de salud con un ámbito de ejercicio profesional ampliado pueden prestar servicios vitales, en particular en zonas en la que la escasez de personal sanitario es absoluta. Por ejemplo, mientras se realizan esfuerzos para aumentar la cantidad de médicos graduados, las enfermeras ayudantes de medicina y los agentes de nivel medio pueden ser útiles para prestar algunos servicios allí donde no hay médicos.

Los ministros de salud deben trabajar con los organismos de reglamentación, las asociaciones profesionales y otras partes interesadas, para estipular claramente los límites del ejercicio profesional ampliado y establecer directrices en este campo. Es posible que en determinados grupos de agentes de salud la resistencia a estas medidas sea considerable, y es necesario que sus preocupaciones y argumentos sean escuchados y tomados en cuenta como parte del proceso.

La recomendación B1 a menudo está vinculada a la recomendación B2 (categorías diferentes de personal sanitario). Combinar ambas con la recomendación D servirá para garantizar que todos los que trabajan con un ámbito de ejercicio profesional ampliado obtengan el reconocimiento que merecen por su contribución y el servicio que están prestando en zonas remotas o rurales. Por último, es probable que trasladarse a una zona remota y rural sea más atractivo si el puesto incluye acceso a la formación y capacitación (A5) e incentivos económicos (C1).

Si bien se ha reconocido que los agentes de salud con un ámbito de ejercicio profesional ampliado pueden contribuir eficazmente a la prestación de servicios sanitarios en zonas remotas o rurales, se necesitan más datos probatorios para establecer si la probabilidad de que los agentes de salud de estas características permanezcan en esas zonas es más alta. Además, se sabe poco acerca cuál sería el conjunto de medidas necesarias para captar y retener a agentes de salud con un ámbito de ejercicio profesional ampliado.

3.2.2 Formar aceleradamente más agentes de salud para cubrir las necesidades de las zonas rurales

RECOMENDACIÓN B2

Introducir categorías diferentes de personal sanitario capacitado y una reglamentación adecuada para la práctica en el medio rural, de modo de aumentar el número de agentes de salud que ejercen en zonas remotas o rurales.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada.

Resumen de los datos probatorios

En muchos países se recurre a categorías diferentes de agentes de salud para cubrir las necesidades sanitarias de la población de las zonas remotas o rurales. Por ejemplo, una encuesta reciente realizada en países de África subsahariana indicó que en 25 de los 37 países investigados los agentes de salud activos no eran médicos y concluyó que: “el bajo costo de la formación, el menor tiempo que requiere la capacitación y el éxito en los puestos rurales sugiere que los agentes de salud que no son médicos pueden jugar un papel importante en la tarea de aumentar la dotación de personal sanitario” (59).

En el Recuadro 5 se resumen los resultados de uno de los pocos estudios en los que se investigó la retención de los profesionales de estas características (60). De todos modos, se dispone de datos probatorios concluyentes que muestran que empleando nuevas categorías de agentes de salud se pueden mejorar los resultados sanitarios (61) y que muchos países dependen en gran medida de los ayudantes clínicos, auxiliares de salud y otros profesionales para prestar atención sanitaria en las zonas remotas o rurales (62).

Recuadro 5. “Técnicos de cirugía” en Mozambique

En 1987, Mozambique comenzó a formar y adiestrar ayudantes clínicos en técnicas quirúrgicas; se los llamó “técnicos de cirugía”. Veinte años después, un estudio indicó que el 88% de los “técnicos” graduados en 1987, 1988 y 1996 continuaba trabajando en los hospitales distritales, mientras que esto era cierto sólo para el 7% de los ayudantes clínicos que originariamente había sido asignado a hospitales distritales después de la graduación. Tomando en cuenta que estos “técnicos” realizan el 92% de las intervenciones de cirugía mayor obstétrica en los hospitales rurales, los autores sostienen que sin ellos sería “imposible” prestar atención obstétrica de urgencia en esas zonas (60).

Comentario

Una de las razones para crear categorías diferentes de personal sanitario para las zonas remotas o rurales es que sus aptitudes y su preparación posiblemente sean menos demandadas que las del personal sanitario altamente capacitado, para el que también existe demanda en las zonas urbanas o incluso fuera del país. Otra razón para adoptar esta política es que permite formar personal sanitario más receptivo y reactivo a las necesidades locales, siempre que no se descuiden aspectos como la calidad y la seguridad (63). Además, la posibilidad de formar personal sanitario en un periodo relativamente breve podría ser una opción más viable en términos financieros en los lugares en los que escasean los recursos. Para aumentar la contratación y la retención, es importante analizar el uso de incentivos económicos (C1) y medidas de reconocimiento público para estos profesionales (D6).

Si bien muchos países recurren a categorías diferentes de personal sanitario, se necesita investigar más para conocer qué factores intervienen en su permanencia en zonas remotas o rurales, en especial respecto del personal sanitario más tradicional, como los médicos. Asimismo, se necesitan más investigaciones sobre las intenciones y los factores de motivación de los agentes de nivel medio, respecto del personal sanitario con mayor preparación.

3.2.3 Sacar el máximo provecho del servicio obligatorio

RECOMENDACIÓN B3

Garantizar que el servicio obligatorio en zonas remotas o rurales se asocie con apoyo e incentivos apropiados, para favorecer la contratación y la permanencia del personal sanitario en esas zonas.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Resumen de los datos probatorios

Se entiende por servicio obligatorio la asignación preceptiva de personal sanitario a zonas remotas o rurales durante un periodo determinado de tiempo, con el fin de garantizar la disponibilidad de servicios en esas zonas. A veces la obligación la establece un gobierno (para puestos dentro de la administración pública); otras, está vinculada a distintas políticas. Por ejemplo, puede ser requisito de obligado cumplimiento prestar servicio durante un periodo determinado en una zona remota antes de obtener la habilitación para ejercer, o puede serlo para realizar cursos de especialización o de promoción profesional.

En un examen integral de los esquemas de servicio obligatorio, que formó parte del proceso de elaboración de estas recomendaciones, se observó que aproximadamente 70 países habían recurrido a este sistema anteriormente o lo estaban haciendo en la actualidad (64). La duración del servicio obligatorio es diferente en cada país, va de un mínimo de un año a un máximo de nueve, y la política abarca casi todas las categorías de personal sanitario.

A pesar de la amplia aceptación del servicio obligatorio, se han realizado pocas evaluaciones de la permanencia del personal sanitario durante el servicio obligatorio o después de ese periodo. En estudios de Ecuador (65) y Sudáfrica (66) se demostró que si bien los médicos criticaban seriamente la gestión del sistema de servicio obligatorio, de todos modos creían que la experiencia había aumentado su competencia y que en general había sido enriquecedora. En algunos países, la atención sanitaria en las zonas remotas o rurales depende de los graduados que cumplen con el servicio obligatorio. En Tailandia, 28 años después de la adopción de una estrategia nacional de servicio obligatorio, el 49,5% de los médicos de los hospitales distritales se habían graduado recientemente y, probablemente, estaban cumpliendo con el servicio obligatorio (67).

Comentario

Los agentes de salud que cumplen con el servicio obligatorio pueden aumentar considerablemente la dotación de personal sanitario en las zonas subatendidas, aunque más no sea por un tiempo limitado. Además, el servicio obligatorio en zonas remotas o rurales puede ser útil para aumentar el conocimiento del personal sanitario de los problemas de salud en esas zonas; ofrece la oportunidad de realizar una experiencia de aprendizaje valiosa y de operar un cambio real en la situación sanitaria de la población de comunidades subatendidas y desfavorecidas.

Sin embargo, la institución del servicio obligatorio para el personal sanitario puede generar fuertes resistencias y no está exenta de riesgos. En Kerala, un estado de la India, por ejemplo, se organizó una gran huelga que duró mucho tiempo para protestar contra el establecimiento de un nuevo sistema de servicio obligatorio de tres años para los médicos recién graduados. El sistema también puede ser criticado porque aumenta la rotación de personal en los centros de salud y, por lo tanto, podría afectar la calidad de la atención.

Son necesarios sistemas de apoyo y de gestión establecidos para que los esquemas de servicio obligatorio tengan éxito, y es preciso preparar adecuadamente a los participantes antes de que comiencen su práctica obligatoria, de manera que estén en condiciones de prestar la atención sanitaria prevista (10, 68-70).

Es probable que se obtengan mejores resultados si se combina el servicio obligatorio con incentivos de distinto tipo (A5 y C1) y con medidas para mejorar las condiciones de vida y de trabajo en las zonas (D1 y D2).

Como ya se mencionó, se necesitan más evaluaciones sobre la permanencia del personal sanitario en zonas remotas o rurales una vez terminado el periodo de servicio obligatorio. Además, se requieren investigaciones para evaluar esquemas de servicio obligatorio para agentes de salud que no sean médicos.

3.2.4 Vincular los subsidios para la formación con destinos obligatorios

RECOMENDACIÓN B4

Ofrecer becas, ayudas y otros subsidios para la formación cuya contrapartida sea la obligación de prestar servicio en zonas remotas o rurales, para aumentar la contratación de agentes de salud en esas regiones.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada.

Resumen de datos probatorios

Numerosos gobiernos ofrecen a los estudiantes de disciplinas sanitarias becas, ayudas, dinero de bolsillo y otras formas de subsidio para cubrir el costo de los estudios y la capacitación; a cambio, los estudiantes acuerdan trabajar en una zona remota o rural durante una cantidad determinada años una vez graduados.

En un examen sistemático se analizó la eficacia de los incentivos económicos otorgados a cambio de servicios en zonas rurales (71). Se examinaron 43 estudios, de los cuales 34 evaluaban programas de los Estados Unidos y el resto programas de Canadá, Japón, Nueva Zelandia y Sudáfrica. En estos programas, los futuros agentes de salud (estudiantes) o el personal sanitario en ejercicio firmaban un contrato por el cual recibían alguna clase de incentivo económico (beca para su formación o préstamos a devolver, o incentivos económicos directos) y a cambio se comprometían a ejercer en una zona rural durante un periodo determinado. Habitualmente, esta intervención se combina con estrategias de retención de otro tipo, como la contratación de estudiantes provenientes de zonas rurales o la formación en escuelas ubicadas en un medio rural (véase el Recuadro 6).

Estos esquemas vinculantes se relacionaban con notables tasas de retención en 18 estudios: la proporción de participantes que permanecieron en las zonas subatendidas después de completar el periodo de servicio obligatorio osciló entre el 12% y el 90%. No obstante, muchos de los estudios incluidos en el examen tenían deficiencias metodológicas importantes y, en consecuencia, se debe ser prudente al interpretar los resultados (para más información, véase el perfil de datos probatorios relacionado en el Anexo 1).

Comentario

Los esquemas vinculantes aparentemente tienen éxito en términos de dotación de un número considerable de agentes de salud para las zonas rurales y algunos incluso podrían ser eficaces para que los participantes en el programa continúen trabajando en otras zonas subatendidas después de completar el servicio obligatorio. No obstante, como muchos esquemas incluyen una opción de "rescisión", se necesita más información para determinar cuántos hacen uso de esta opción y cuántos completan el servicio obligatorio.

Como en el caso de otras recomendaciones, es más probable que se obtengan resultados positivos si estos acuerdos a cambio de servicios se combinan con otras intervenciones. Por ejemplo, el efecto puede ser mayor si se combinan estos incentivos con políticas de admisión dirigidas (A1).

Son necesarios más datos probatorios sobre los subsidios a la formación a cambio de servicios para estudiantes de enfermería y de otras disciplinas sanitarias. También es preciso conocer mejor las características de los estudiantes que participan en estos programas de incentivos a cambios de servicios y por qué algunos eligen la opción de "rescisión" en vez de completar el periodo de servicio al que están obligados por el acuerdo. Se deben realizar más estudios de cohortes que comparen las tasas de retención de los agentes de salud que han completado el periodo de servicio al que los obliga el acuerdo con los estudiantes que se graduaron sin participar en un esquema vinculante.

Recuadro 6. Esquema de contratación en el distrito de origen, Jichi Medical University, Japón

La Jichi Medical University (JMU) de Japón lanzó en 1972 "un sistema nuevo y excepcional de contratación en el distrito de origen", con el fin de producir médicos rurales y distribuirlos por todo el país. El gobierno del distrito financia completamente los estudios de medicina y los estudiantes firman un contrato que los obliga a trabajar en instituciones médicas de su distrito de origen durante nueve años después de su graduación; de ellos, cinco o seis años en zonas rurales seleccionadas por el distrito. El incumplimiento del contrato supone que el total de los gastos generados por los estudios de medicina se deben pagar de una sola vez.

En una parte de un estudio retrospectivo de cohortes bien formulado, se estudió a 1477 graduados de la JMU en 2000, 2004 y 2006. El porcentaje promedio de estudiantes que había completado el programa era del 95%; el 69,8% de los graduados de la JMU permanecían en

sus distritos de origen durante por lo menos seis años después del periodo de servicio obligatorio. Es interesante destacar que si se definiera permanencia como radicación en un distrito de origen al menos en uno de tres puntos en el tiempo, la tasa de permanencia después del periodo obligatorio de los graduados de la JMU sería del 76,3% (72).

3.3 Incentivos económicos

En el presente documento, incentivos económicos son las prestaciones adicionales pagadas u otorgadas al personal sanitario para que trabaje en zonas rurales. Los incentivos pueden ser bonificaciones monetarias o prestaciones en especie (vivienda o automóvil sin costo), y toda otra prestación que reduzca los costos de oportunidad asociados con el trabajo en zonas rurales¹. Dos ejemplos de costos de oportunidad son el lucro cesante derivado de las escasas oportunidades de práctica privada en las zonas rurales, y los costos adicionales generados por la necesidad de mantener una segunda vivienda en una ciudad capital (por la educación de los niños o el trabajo del cónyuge).

Si bien todos los incentivos económicos probablemente tengan efectos similares en la adopción de decisiones del personal sanitario, los fondos pueden provenir de distintas fuentes y los calendarios ser diferentes. La sostenibilidad fiscal es primordial para la eficacia a largo plazo de los incentivos económicos.

C1 Incentivos económicos apropiados

3.3.1 Hacer que sea ventajoso trasladarse a una zona remota o rural

RECOMENDACIÓN C1

Combinar incentivos económicos fiscalmente sostenibles, como prestaciones por condiciones de vida difíciles, ayudas para la vivienda, transporte gratuito y vacaciones pagadas, entre otros, que compensen los costos de oportunidad asociados al ejercicio en zonas rurales (desde la perspectiva del personal sanitario), para así aumentar la permanencia del personal en esas zonas.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación de solidez limitada.

Resumen de los datos probatorios

Algunos estudios señalan que los salarios y subsidios son los dos factores clave que influyen en la decisión de los agentes de salud de permanecer en una zona rural o abandonar el empleo (27, 28, 73-76).

Los incentivos económicos son un instrumento ampliamente utilizado para retener al personal sanitario en puestos en zonas remotas o rurales, y es posible establecerlos relativamente rápido. No obstante, las evaluaciones integrales bien formuladas son excepcionales, y los datos probatorios disponibles son ambivalentes. En Australia, por ejemplo, se establecieron incentivos económicos para los médicos que ejercían durante periodos prolongados en zonas remotas o rurales; la cantidad pagada variaba según la ubicación y el tiempo de permanencia en la zona (77). Con uno de estos planes de incentivos se logró una tasa de retención del 65% de los médicos al cabo de cinco años. En Níger, gracias a los incentivos económicos se aumentó el porcentaje de médicos, farmacéuticos y dentistas que trabajaban fuera de la capital, Niamey. Sin embargo, dos años después de la institución del plan, la proporción de agentes de salud que elegían trasladarse a esas zonas no había variado significativamente (del 42% al comienzo al 46% después de dos años) (78).

En otros estudios se ha demostrado que los incentivos económicos tenían efectos positivos en el sentido en que aumentaban el atractivo de las zonas rurales. Una encuesta realizada en Sudáfrica

¹ Los esquemas de becas y préstamos a devolver se analizan más detalladamente en la sección de reglamentación, en la recomendación B4, ya que están vinculados con el servicio obligatorio en zonas remotas o rurales.

reveló que del 28% al 35% del personal sanitario rural que recibía el subsidio creía que afectaría sus perspectivas profesionales en el siguiente año (79). Un examen de mitad de periodo del Esquema de retención de personal sanitario de Zambia indicó que en los dos años posteriores a la institución de los incentivos el esquema había servido para captar y retener a más de 50 médicos en zonas rurales, y a algunos en zonas en las que anteriormente no había habido médicos (80).

Comentario

Antes de establecer incentivos económicos, es preciso realizar un trabajo exhaustivo para conocer mejor los costos de oportunidad asociados con el ejercicio en zonas remotas o rurales, ya que los incentivos deben responder a las necesidades y expectativas del personal sanitario. Es fundamental que el diseño de los esquemas de incentivos económicos se fundamente en estudios de viabilidad, como experimentos de elección discreta y análisis del mercado laboral.

Los formuladores de políticas deben tener en cuenta los resquemores que puede generar la concesión de incentivos económicos específicos al personal sanitario, y los problemas que pueden surgir entre este personal y otros empleados públicos (si los agentes de salud forman parte de la administración pública) o agentes de salud que no estén incluidos en el esquema de incentivos. Por ejemplo, en Nueva Zelanda, el escalafón rural suscitó graves discrepancias entre los médicos respecto de la definición de "rural". Algunos creyeron que la categorización no había sido justa y otros incluso manifestaron que el nuevo sistema de pagos los había perjudicado económicamente (81).

Un esquema de incentivos económicos será más costoeficaz en los países que tengan un exceso considerable de agentes de salud en las grandes ciudades, porque se podría atraer a las zonas rurales a personal sanitario subempleado o desempleado, con un costo social menor que el que supondría atraer a personal sanitario que ya tiene empleo. Por ejemplo, con los incentivos se pueden obtener resultados diferentes en contextos distintos: En Níger, la escasez de médicos hacía casi imposible recurrir a los incentivos económicos para estimular el traslado a zonas rurales, porque en el mercado urbano había suficiente espacio para la práctica privada y los ingresos eran mucho más altos. En cambio, en Malí, donde había un exceso de médicos, el ofrecimiento de incentivos para el traslado a zonas rurales resultaba atractivo para los jóvenes médicos desempleados. Los distintos resultados de los incentivos económicos subrayan la importancia de incluir al mercado laboral en el análisis de situación (82).

La eficacia de los incentivos económicos podría ser mayor si se los combinara con otras intervenciones dirigidas específicamente a estudiantes y agentes de salud provenientes de zonas rurales (A1). También se debe considerar la posibilidad de combinar estas intervenciones con las recomendaciones B2 (categorías diferentes de personal sanitario), B3 (servicio obligatorio), D1 (mejora de las condiciones de vida) y D2 (ambiente de trabajo propicio y seguro), para aumentar la contratación y retención del personal sanitario.

Se necesitan más investigaciones bien formuladas e integrales para determinar la repercusión a largo plazo de los incentivos económicos en la retención del personal sanitario de zonas remotas o rurales.

Recuadro 7. Datos probatorios emergentes

Están surgiendo datos sobre otro tipo de mecanismos de naturaleza económica para mejorar la permanencia del personal sanitario en las zonas rurales, pero todavía es pronto para extraer conclusiones útiles. En los exámenes de estas recomendaciones que se realicen en el futuro se analizarán más detalladamente las siguientes intervenciones:

- Facilitar la práctica privada o una combinación de práctica pública y privada en las zonas remotas o rurales.
- Realizar reformas en la financiación de salud, entre otras en el seguro médico universal y los esquemas de financiación basados en los resultados, para fortalecer los incentivos económicos con el fin de contratar y retener al personal sanitario en las zonas remotas o rurales.

3.4 Apoyo personal y profesional

Por su naturaleza, el trabajo en las zonas rurales y remotas a menudo implica aislamiento, tanto en el plano profesional como en el personal. No es sorprendente que cuando se pregunta a los estudiantes, los jóvenes graduados y los agentes de salud qué es lo más importante a la hora de elegir una zona rural para trabajar invariablemente responden que contar con apoyo. En el plano personal, ocupan los primeros lugares temas como la buena infraestructura, las oportunidades de interacción social, la existencia de escuelas para los hijos y empleo para el cónyuge. En el profesional, son igualmente importantes las oportunidades de promoción profesional y la posibilidad de comunicarse con colegas a través de las redes, la telemedicina u otros medios. En todos los casos, el reconocimiento público del servicio que prestan a las comunidades contribuye en gran medida a aumentar la motivación, el prestigio social y, por consiguiente, el deseo de trabajar en zonas rurales.

Los datos probatorios y la experiencia individual de los países establecen con bastante claridad que las intervenciones en este campo son complementarias y que es más probable que se potencien unas a otras en términos de repercusión y que sean ineficaces si se adoptan por separado. Un requisito central para todas estas intervenciones, y también para las anteriores, es capacitar, movilizar y motivar a gestores eficientes de los servicios locales y fortalecer los sistemas de gestión de recursos humanos, como se trata en detalle en el Capítulo 2.

D1 Mejores condiciones de vida

D2 Entorno de trabajo propicio y seguro

D3 Apoyo periférico

D4 Programas de promoción profesional

D5 Redes de profesionales

D6 Medidas para lograr reconocimiento público

3.4.1 Mejorar las condiciones de vida

RECOMENDACIÓN D1

Mejorar las condiciones de vida de los agentes de salud y de sus familias e invertir en infraestructura y servicios (saneamiento, electricidad, telecomunicaciones, escuelas etc.), ya que estos elementos influyen considerablemente en la decisión de trasladarse a las zonas rurales y permanecer en ellas.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación sólida.

Resumen de los datos probatorios

Si no hay datos probatorios directos de que la mejora en las infraestructuras sanitarias y las condiciones de vida en el medio rural contribuyen a aumentar la permanencia del personal sanitario en esas zonas es, fundamentalmente, porque sólo se han aplicado algunos programas a gran escala (83). En cambio, sí hay abundantes datos complementarios en este sentido. En los estudios que investigaron los factores que influyen en la decisión de trabajar en una zona remota o rural, siempre se mencionan las condiciones de vida aceptables como un elemento de mucho peso. Esto abarca vivienda, carreteras, electricidad, agua corriente, acceso a Internet, escuelas para los hijos y oportunidades de empleo para el cónyuge.

En un estudio realizado en Sudáfrica, los médicos mencionaron la mejora en las viviendas entre los tres factores más importantes que podrían influir en su decisión de permanecer en una zona rural (76). En Bangladesh, un estudio reveló que las causas más importantes del ausentismo del personal sanitario eran las grandes distancias y la dificultad para llegar a los centros de salud; en cambio,

era bastante menos probable que faltaran a sus trabajos los agentes de salud que vivían en aldeas o ciudades que contaban con carreteras y electricidad (84). Datos aislados refuerzan los resultados de los estudios que indican que la falta de viviendas adecuadas, electricidad, teléfono y escuelas apropiadas actúan como factores que desalientan el ejercicio en zonas rurales.

Dado que esta intervención siempre forma parte de un conjunto o esquema más amplio de incentivos “no económicos”, es difícil aislar su repercusión individual en la retención del personal sanitario.

Comentario

La mejora de las infraestructuras rurales forma parte del desarrollo económico general de las zonas remotas o rurales. Se trata de una inversión que, entre otras cosas, servirá para aumentar la permanencia del personal sanitario y que será igualmente beneficiosa para otros trabajadores del sector público, como los maestros y los policías. Además, creará condiciones más atractivas para la actividad privada en todos los sectores de la economía.

3.4.2 Garantizar un entorno de trabajo en condiciones aceptables

RECOMENDACIÓN D2

Ofrecer un entorno de trabajo propicio y seguro, con equipos y suministros apropiados, supervisión y asesoramiento de apoyo, para que el puesto de trabajo resulte atractivo desde el punto de vista profesional y, por lo tanto, aumente la contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación sólida

Resumen de los datos probatorios

No está claro en qué medida la mejora del entorno de trabajo ha contribuido directamente a aumentar la permanencia del personal sanitario en las zonas rurales. Sin embargo, según un examen sistemático Cochrane: “Encuestas basadas en cuestionarios sugieren que el apoyo profesional y personal también puede influir en la elección del personal sanitario de trabajar en zonas subatendidas. La promoción profesional, la formación continua y las características de la gestión del servicio eran factores importantes que influían en la permanencia del personal sanitario en las zonas subatendidas” (35).

Datos complementarios de encuestas de grado de satisfacción indican que el personal sanitario tiende a no postularse o a no aceptar puestos en centros de salud que no han sido renovados, sin suministros básicos, como agua corriente, guantes o medicamentos esenciales, y cuyos equipos son rudimentarios, porque este entorno laboral poco funcional limita seriamente la posibilidad de poner en práctica lo que han aprendido (29, 76). Además, la supervisión es otro elemento clave que contribuye a aumentar la satisfacción en el empleo, mejorar el desempeño y, por consiguiente, la permanencia y la práctica en las zonas rurales (1, 26).

Comentario

Es probable que la mejora de las condiciones de trabajo aumente la productividad y mejore el desempeño del personal sanitario y, por ende, de los sistemas de salud. No obstante, existe el riesgo de que si los programas piloto se aplican sólo en algunas zonas rurales de un país, estas zonas atraigan al personal sanitario de otras y, por lo tanto, se refuercen los desequilibrios existentes.

En términos de costos, equipar y renovar los centros de salud puede demandar una gran cantidad de recursos, pero los beneficios serán a más largo plazo. Asimismo, los cambios en el estilo de gestión y la institución de mecanismos de supervisión de apoyo a veces requieren una inversión considerable en cursos de capacitación para la gestión y procesos de supervisión eficaces, pero se pueden prever beneficios a largo plazo. Por último, las estrategias holísticas para prevenir la

violencia en el lugar de trabajo también suelen ser complejas y costosas, pero es probable que en el largo plazo contribuyan a aumentar la satisfacción en el empleo.

3.4.3 Promover la interacción entre agentes de salud de zonas rurales y urbanas

RECOMENDACIÓN D3

Identificar y realizar actividades de extensión apropiadas para facilitar la cooperación entre el personal sanitario de zonas mejor atendidas y el personal sanitario de zonas subatendidas, y utilizar, siempre que sea posible, la telesanidad para brindar apoyo adicional a los agentes de salud de zonas remotas o rurales.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación sólida

Resumen de los datos probatorios

Además de la mejora de las condiciones de trabajo y la supervisión de apoyo, también existe la posibilidad de brindar apoyo periférico al personal sanitario de las zonas rurales. Un mecanismo pueden ser las visitas periódicas de un especialista o equipo de especialistas a sus colegas en las zonas rurales, para orientar y ayudar en la atención al paciente y en la promoción profesional. Otro, la telesanidad, que se vale de la tecnología para ayudar a distancia a los agentes de salud rurales a diagnosticar y tratar pacientes y a mejorar sus conocimientos y aptitudes.

No hay datos probatorios directos que indiquen que los programas de apoyo periférico mejoran la retención del personal sanitario en las zonas remotas o rurales. Sin embargo, abundan los datos complementarios de estudios observacionales que sugieren que estos programas aumentan la competencia y la satisfacción en el empleo del personal sanitario rural (85-88). Los mismos programas también pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención local, reducir el número de consultas a los especialistas y bajar la tasa de hospitalización (89, 90).

Comentario

Las actividades de extensión pueden, entre otras cosas, disminuir la sensación de aislamiento profesional. Es probable que resulten más beneficiosas en situaciones de escasez grave de personal sanitario, infraestructura limitada o población muy dispersa, ya que prestan un servicio que de otro modo no estaría disponible (por ejemplo, clínicas móviles o servicios que prestan agentes de salud que se trasladan en avión a un punto establecido de antemano).

Las actividades de extensión y en particular los programas de telesanidad demandan una cantidad considerable de recursos financieros; además, exigen una conexión a Internet y el acceso a otras tecnologías. Los rápidos avances en las telecomunicaciones, en particular en el uso de los teléfonos móviles, permiten albergar la esperanza de que en un futuro cercano sea posible establecer estos programas en menor tiempo y en forma más generalizada.

Se necesitan más estudios sobre la influencia de la telesanidad y los programas de extensión en la retención del personal sanitario.

3.4.4 Establecer mecanismos de promoción para los agentes de salud rurales

RECOMENDACIÓN D4

Crear y apoyar programas de promoción profesional y ofrecer puestos de categoría superior en las zonas rurales, de modo que el personal sanitario pueda progresar en su carrera profesional gracias a su experiencia, formación y capacitación sin necesidad de abandonar las zonas.

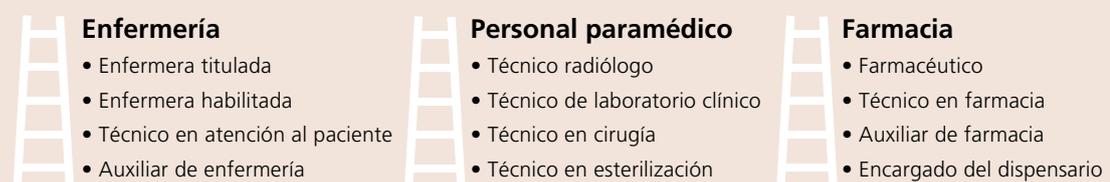
Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación sólida.

Resumen de los datos probatorios

Un escalafón es una secuencia jerárquica de puestos, que van desde las categorías más bajas a las más altas, por la que los agentes de salud pueden avanzar a medida que adquieren experiencia en el trabajo. Esto es especialmente relevante en el sector y la administración públicos, en los que por norma existe un claro sentido de la jerarquía.

No hay datos probatorios directos que indiquen que crear una estructura jerárquica de puestos en las zonas rurales contribuya a retener al personal sanitario. No obstante, datos obtenidos de encuestas demuestran que la posibilidad de ascenso es un factor importante en la elección de ejercer en una zona remota o rural, o de no hacerlo (91, 92). En las zonas urbanas y en los hospitales estas estructuras jerárquicas son habituales; es posible crear un escalafón claro y específico también en las zonas rurales. En la Figura 3 más abajo se muestran ejemplos de posibles escalones en una estructura jerárquica de puestos para diferentes profesiones sanitarias.

Figura 3. Ejemplos de escalafón para el personal sanitario



Comentario

Es probable que este tipo de intervenciones mejoren el estado de ánimo y el prestigio profesional del personal sanitario, lo que a su vez puede aumentar la motivación y la satisfacción en el empleo y mejorar el desempeño. En algunos casos, sin embargo, las entidades profesionales se oponen o se generan tensiones entre especialistas y generalistas. Se necesitan más estudios sobre la creación de estructuras jerárquicas de puestos para el personal sanitario rural y cómo podría repercutir en la permanencia de ese personal.

3.4.5 Facilitar el intercambio de conocimientos

RECOMENDACIÓN D5

Respaldar la creación de redes de profesionales, asociaciones profesionales de agentes de salud rurales, revistas de medicina rural, etc., para mejorar el estado de ánimo, aumentar el prestigio profesional y reducir la sensación de aislamiento profesional del personal sanitario de las zonas rurales.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación sólida.

Resumen de los datos probatorios

La necesidad de estímulo profesional continuo del personal sanitario es incluso más relevante en las zonas remotas o rurales, en las que el aislamiento profesional puede afectar en forma negativa el desempeño. Por lo tanto, las redes profesionales y las actividades académicas de apoyo, incluidas las revistas especializadas que traten especialmente temas relacionados con la salud en el medio rural, pueden ser beneficiosas para el personal sanitario que trabaja en ese medio (93).

Algunos datos indican que la existencia de asociaciones profesionales ha aumentado la permanencia del personal sanitario en las zonas rurales. Por ejemplo, en Malí, los médicos jóvenes respaldados por la asociación profesional "Association des Médecins de Campagne" permanecieron en zonas rurales durante un promedio de cuatro años; la tasa de retención fue inferior entre aquéllos que no tenían este respaldo (4).

En Tailandia, la asociación de médicos rurales “Rural Doctors Society and Foundation” ha influido en forma positiva en el perfil y la visibilidad de los médicos rurales en muchos sentidos. “Además del apoyo a los servicios sanitarios rurales, la sociedad ha apoyado activamente los movimientos en pro de la salud pública, como la política farmacéutica nacional, la confección de una lista de medicamentos esenciales y las políticas de control del tabaco. También ha tenido un papel activo en el movimiento nacional en pro de la democratización y la reforma política, y ha mantenido una actitud vigilante en la lucha contra la corrupción y los comportamientos inapropiados en la administración” (10).

Además de las asociaciones de profesionales, se pueden contemplar programas de apoyo de otro tipo. Por ejemplo, el programa “Dr Doc” que se inició en el sur de Australia en 2006 ha establecido diferentes mecanismos de apoyo, como consultas telefónicas, intervención en las crisis, vínculos con médicos de cabecera de zonas urbanas que prestan atención médica a los médicos rurales y a sus familias, además de la organización de retiros para permitir a los médicos de familia rurales un periodo de descanso y relajación. Se ha informado que estas acciones redujeron el número de médicos rurales que desea abandonar su práctica (94).

Comentario

Este enfoque probablemente tendrá una mayor repercusión si se lo asocia con otras intervenciones, como A5 (formación continua), D1 (mejora de las condiciones de vida) y D2 (entorno de trabajo propicio y seguro).

Es posible que se precisen promotores nacionales para crear y mantener las asociaciones profesionales. Si estas asociaciones se sostienen únicamente con las cuotas de los asociados, pueden tener problemas de sostenibilidad a largo plazo.

3.4.6 Aumentar la visibilidad del personal sanitario rural

RECOMENDACIÓN D6

Adoptar medidas destinadas a otorgar reconocimiento público, como la celebración de días de la salud rural, la concesión de premios o distinciones locales, nacionales e internacionales, para poner de relieve el trabajo realizado en las zonas rurales y crear condiciones para aumentar la motivación natural y, por lo tanto, la permanencia del personal sanitario en las zonas rurales.

Calidad de los datos probatorios: baja. Grado de solidez: recomendación sólida.

Resumen de los datos probatorios

En el sector de la asistencia sanitaria, y en otros, el reconocimiento de los directores, los colegas y el público en general es uno de los principales factores de motivación (95). En el caso de la salud rural, los datos sobre el reconocimiento público provienen principalmente de estudios de casos de agentes de salud que han dedicado su vida a la atención sanitaria de las comunidades rurales y por ello han recibido numerosas distinciones (96, 97). Es difícil discernir si estas distinciones influyeron para que permanecieran durante más tiempo en la zona rural o si hubo factores de motivación intrínsecos que contribuyeron a ello. De todos modos, es probable que medidas simples destinadas a otorgar reconocimiento público, como títulos, medallas o distinciones, hagan mucho por aumentar el prestigio y levantar la moral del personal sanitario de las zonas rurales y, por lo tanto, para retenerlo en esas zonas. Las actividades relacionadas con el reconocimiento público constituyen una ocasión para dedicar atención a los agentes de salud y a sus logros en forma individualizada, y demostrar así apoyo político al personal sanitario rural y al trabajo sanitario en zonas rurales.

Comentario

Esta intervención es relativamente poco costosa y puede ser un paso importante para aumentar el reconocimiento público del personal sanitario rural. Las distinciones pueden otorgarlas los servicios

de salud, las organizaciones profesionales, los gobiernos regionales o nacionales y las organizaciones internacionales.

Para que esta recomendación tenga éxito es fundamental realizar actividades de promoción de las distinciones o los títulos. Además, la publicación y puesta en primer plano de las historias de los agentes de salud rurales hace que este modelo social se difunda a toda la población y puede motivar a estudiantes o recién graduados a trabajar en zonas rurales. Esto también aumenta el prestigio de las distinciones y de quienes las reciben.

4. Medición de resultados: cómo seleccionar, aplicar y evaluar políticas de retención en las zonas rurales

En este capítulo se presenta el marco para medir los resultados y se plantean cinco preguntas destinadas a incentivar y orientar el proceso de identificar, seleccionar, aplicar, vigilar y evaluar las intervenciones para retener al personal sanitario en las zonas rurales. El marco que se muestra en la Figura 4 fue preparado durante las consultas al grupo de expertos y perfeccionado por algunos miembros del grupo (98). Se ha adoptado un enfoque sistémico y tomado como base el modelo tradicional de evaluación de recursos-efectos directos-resultados-repercusión.

Figure 4. Medición de resultados de las intervenciones dirigidas a retener al personal sanitario en las zonas rurales

CONTEXTO: Determinantes sociales, situación política, poder e intereses de las partes, aspectos económicos (marco fiscal, descentralización fiscal), factores individuales (estado civil, sexo, edad)

NIVEL	RECURSOS (diseño y aplicación)	EFFECTOS DIRECTOS	RESULTADOS	REPERCUSIÓN
DIMENSIONES	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de situación, que incluya factores que influyen en la decisión de trabajar en una zona rural Análisis del mercado laboral Capacidad organizacional y de gestión Elección de intervenciones pertinentes Implicación de las partes interesadas Recursos necesarios 	<p>Atractivo Preferencia por el trabajo en zona rural</p> <p>↓</p> <p>Contratación Contratación y dotación de personal eficaz</p> <p>↓</p> <p>Retención Personal sanitario que permanece en las zonas rurales durante periodos determinados</p>	<p>Desempeño del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad - Competencia - Capacidad de respuesta - Productividad <p>Desempeño de los sistemas de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso (cobertura de las intervenciones) - Productividad - Capacidad de respuesta 	<p>Mejora de la prestación de servicios de salud</p> <p>que contribuye a</p> <p>Mejora de la situación sanitaria</p>

En el plano de los recursos, el trabajo analítico sólido debe ser la base de la elección posterior de las intervenciones, y debe incluir un análisis situacional y un análisis del mercado de trabajo, así como una evaluación de la capacidad organizacional y de gestión, como se menciona en el Capítulo 2.

Como se explica en las secciones 4.1–4.4 más abajo, la selección de las intervenciones apropiadas exige un conocimiento profundo de su pertinencia, aceptabilidad, asequibilidad y eficacia; en el proceso, también se deben tomar en cuenta elementos del contexto.

Una vez que se han seleccionado y ejecutado las intervenciones adecuadas, éstas tendrán un efecto directo en una o más de tres dimensiones: atractivo de las zonas rurales, contratación de personal sanitario en esas zonas y retención de ese personal durante un periodo determinado (“efectos directos”). Las intervenciones seleccionadas también afectarán los “resultados”, que se expresan en aumento del personal sanitario y mejor desempeño de los sistemas de salud.

Se prevé que la “repercusión” final de las intervenciones sea la mejora de la situación sanitaria, aunque en relación con ésta y también con el desempeño del personal sanitario y los sistemas de salud intervienen además otros determinantes. De todos modos, se debe destacar que todas las estrategias de retención propuestas son complejas y que ninguno de los efectos observados se puede atribuir exclusivamente a una intervención en particular, sino a una combinación o conjunto de intervenciones.

Es posible medir los resultados de las intervenciones para retener al personal sanitario en las zonas rurales en relación con todos los parámetros y en cada nivel; en la sección 4.5 más abajo se proponen indicadores específicos.

4.1 Pertinencia: ¿cuáles son las intervenciones que responden mejor a las prioridades nacionales y a las expectativas de los agentes de salud y las comunidades rurales?

Desde una perspectiva política y de planificación, y expresado en términos simples, la disponibilidad de personal sanitario en zonas remotas o rurales depende de si se produce un número suficiente o insuficiente de agentes de salud, de si éste es el personal sanitario que se necesita o no lo es y de si hay capacidad para absorber al personal sanitario existente, o no (es decir, si hay un número suficiente de puestos en zonas remotas o rurales para los que se dispone de fondos y un marco fiscal que permita incorporar a todos los agentes de salud necesarios en el sector público). Otro factor es si los lugares de trabajo son o no son suficientemente atractivos para que el personal sanitario en principio se traslade a ellos.

En esta etapa, hay otras preguntas que se deben responder, como: ¿Se pueden realizar intervenciones dirigidas exclusivamente a determinados grupos o zonas geográficas sin generar movimientos gremiales? ¿La política se ajusta a la estrategia general del gobierno para el sector sanitario y la administración pública? ¿Cuál debería ser el monto de la bonificación para que sea suficiente para atraer a un agente de salud hacia una zona remota o rural? ¿En qué medida valora el personal sanitario el acceso prioritario a la capacitación o un buen estilo de gestión en el lugar de trabajo?

Respecto de la última pregunta, se pueden usar métodos de investigación particulares para conocer las preferencias del personal sanitario por el trabajo en zonas rurales y tratar de calibrar la contribución relativa de cada posible atributo del empleo en una zona rural. Estos métodos, llamados de preferencias expresadas, de los que el enfoque del experimento de elección discreta es un ejemplo, se usan para cuantificar las concesiones que, después de sopesar ventajas y desventajas, están dispuestos a hacer los agentes de salud cuando se los coloca ante escenarios hipotéticos en su futuro trabajo en una zona (73, 99-101). Sin duda, estos instrumentos son valiosos para los formuladores de políticas, cuando se trata de establecer qué combinación de “incentivos” apreciarían los agentes de salud en las zonas rurales.

4.2 Aceptabilidad: ¿qué intervenciones son políticamente aceptables y cuentan con mayor apoyo entre las partes interesadas?

El éxito del conjunto de intervenciones elegido exige una visión a largo plazo, voluntad política y un compromiso político sostenido. El respaldo político de alto nivel es esencial para avanzar en la planificación y el cálculo presupuestario. Los dirigentes gubernamentales también deben actuar como promotores, convocar a un grupo diverso de interesados y encontrar las soluciones más equitativas, asequibles y sostenibles para aumentar la permanencia del personal sanitario en las zonas rurales.

Muchas de las intervenciones, por su naturaleza, involucran a más de un sector y un ministerio de salud o una organización de atención sanitaria no pueden resolver el problema de la retención en forma aislada. El compromiso de las partes interesadas de diferentes sectores es esencial para que las políticas de retención tengan éxito, como lo es para toda política relacionada con el sistema de salud o el personal sanitario. Los ministerios de administración pública, finanzas y educación, los sindicatos y asociaciones profesionales, la sociedad civil, el sector privado y, cuando sea pertinente, las entidades internacionales de desarrollo, tienen una función que cumplir.

En el Cuadro 2 se presenta un resumen de los actores que deben participar en el diseño y la aplicación de las intervenciones de política recomendadas en el Capítulo 3, con un detalle de sus funciones y obligaciones.

Cuadro 2. Funciones y obligaciones de las partes interesadas en el diseño y la aplicación de estrategias destinadas a aumentar el acceso al personal sanitario en las zonas remotas o rurales (ejemplos)

Estrategias	Actores	Funciones y obligaciones
Estudiantes que provienen de zonas rurales	- Ministerio de educación - Escuelas de medicina - Ministerio de salud	- Reglamentar la política de admisión preferencial
Escuelas de medicina y otras disciplinas sanitarias fuera de las principales ciudades	- Ministerio de educación - Escuelas de medicina - Autoridades locales - Ministerio de salud	- Establecer normas de acreditación - Autorizar nuevas escuelas
Prácticas clínicas rotatorias en zonas rurales durante los estudios	- Escuelas de medicina y otras disciplinas sanitarias - Ministerio de salud	- Modificar el enfoque pedagógico (interprofesional, basado en los problemas, etc.)
Plan de estudios que incluya temas de salud rural	- Escuelas de medicina y otras disciplinas sanitarias - Órganos de acreditación - Ministerio de salud	- Modificar el plan de estudios
Perfeccionamiento profesional continuo	- Asociaciones profesionales - Ministerio de educación - Ministerio de salud	- Instaurar programas de perfeccionamiento profesional continuo - Certificación del personal sanitario
Ampliación del ámbito de ejercicio profesional	- Ministerio de salud - Asociaciones profesionales	- Definir con claridad los límites de la práctica - Redactar un reglamento por el que se reconozca la ampliación del ámbito de ejercicio profesional
Producción de nuevos tipos de agentes de salud	- Ministerio de salud - Asociaciones profesionales	- Clarificar las funciones de los nuevos profesionales - Establecer marcos regulatorios apropiados
Servicio obligatorio en una zona rural	- Ministerio de salud - Ministerio de administración pública - Asociaciones profesionales	- Reglamentar el servicio obligatorio - Modificar el reglamento de la administración pública - Vincular la titulación con el servicio obligatorio
Subsidiar la educación a cambio de la prestación de servicios	- Ministerio de educación - Ministerio de salud	- Ofrecer financiamiento para la educación a cambio de servicios en zonas rurales
Incentivos económicos apropiados	- Ministerio de finanzas - Ministerio de salud - Sindicatos	- Determinar los recursos necesarios y las fuentes de financiación - Establecer criterios para definir "rural" - Establecer criterios para la asignación de bonificaciones
Mejores condiciones de vida	- Gestores de la autoridad local - Ministerio de transporte - Sociedad civil	- Proveer alojamiento, escuelas para los niños, oportunidades de empleo para los cónyuges
Entorno de trabajo propicio y seguro	- Ministerio de salud - Gestores de la autoridad local	- Garantizar el suministro de equipos, medicamentos, etc.

Estrategias	Actores	Funciones y obligaciones
Apoyo periférico	- Ministerio de salud - Gestores de la autoridad local	- Brindar apoyo periférico - Apoyar las redes de teleasistencia
Programas de promoción	- Ministerio de salud - Gestores de la autoridad local	- Crear escalafones
Redes profesionales	- Ministerio de salud - Asociaciones profesionales	- Apoyar la creación de redes profesionales
Medidas de reconocimiento público	- Ministerio de salud - Sociedad civil	- Crear y otorgar distinciones, títulos, etc.

4.3 Asequibilidad: ¿qué intervenciones son asequibles?

Todas las intervenciones propuestas en el Capítulo 3 implican costos. Para decidirse por una u otra es necesario contar con información sobre los costos (y conocer el grado de exactitud de esa información), las fuentes de financiación para cubrirlos y la sostenibilidad en el tiempo, de modo de aprovechar lo mejor posible los recursos financieros limitados y realizar una sólida evaluación de las intervenciones de política.

Con el fin de calcular los costos asociados con las intervenciones de política, es preciso realizar una evaluación monetaria de todos los recursos empleados para ejecutar la intervención. Esto puede abarcar, por ejemplo, el dinero real para subsidiar la educación (recomendación B4) o para pagar prestaciones y otros incentivos económicos (recomendación C1), o para construir una escuela nueva (recomendación A2). Además, se deben incluir los costos generados por el traslado de profesores a las zonas rurales para trabajar en las escuelas recientemente construidas y su posterior retención; los costos de los programas de educación a distancia o desarrollo de los planes de estudio (intervenciones relacionadas con la educación), o los costos administrativos para la gestión de un servicio obligatorio en las zonas rurales (véase el Capítulo 6 para más detalles).

También son importantes la fuente y el modelo de financiación. En los países de bajos ingresos y dependientes de la ayuda es especialmente relevante alinear las fuentes de financiación para las estrategias de retención con los presupuestos nacionales de salud. Esta es la razón por la que desde la etapa de planificación las estrategias de retención se deben armonizar con los planes nacionales de desarrollo de la salud y los recursos humanos, como se discutió en el Capítulo 2. La sostenibilidad financiera se vincula estrechamente con la procedencia del dinero y con cómo se lo utiliza, y esto implica un análisis del marco fiscal y de la puntualidad y previsibilidad de la financiación externa. La mayoría de los países de bajos ingresos requerirá financiación externa sostenida y predecible para ejecutar las intervenciones, algo que a veces es difícil de garantizar porque los ciclos de financiación típicos de los donantes van de uno a tres años, y estos periodos son insuficientes para lograr efectos mensurables.

Un problema relacionado es el de financiación fragmentada en numerosas iniciativas a pequeña escala u orientadas a donantes específicos, que si no se integran bien en el plan nacional de salud general pueden alterar considerablemente el funcionamiento del sistema de salud. Por ejemplo, en muchos países, los prestadores no gubernamentales, a menudo activados por iniciativas mundiales en pro de la salud, tientan al personal sanitario de zonas rurales o del sector público ofreciéndoles empleos mucho más atractivos (salarios y condiciones de trabajo). A este problema se suman los numerosos talleres descoordinados de capacitación práctica en enfermedades específicas, que a menudo tienen contenidos similares e interrumpen el trabajo del escaso personal (102).

4.4 Eficacia: ¿se deben tomar en cuenta la complementariedad y las posibles consecuencias no buscadas de las diferentes intervenciones?

Las respuestas a las preguntas 4.1–4.3 darán como resultado una lista breve de intervenciones sobre la que se deberá trabajar para determinar mejor las prioridades, en particular en los países de ingresos bajos (debido a las limitaciones en términos de recursos y capacidad). No obstante, es importante señalar que los datos y la experiencia indican que ninguna de las recomendaciones propuestas en el Capítulo 3 se debe aplicar en forma aislada sino combinando adecuadamente las estrategias, o como “conjunto”, ya que es posible que sean complementarias. Como ocurre con la

mayor parte de las estrategias y políticas sanitarias, no existe una solución que valga para todos y la combinación apropiada variará considerablemente de un país a otro.

Las recomendaciones serán ineficaces si se las adopta en forma aislada porque en la decisión del personal sanitario de trasladarse a una zona remota o rural, permanecer o abandonarla, no interviene un solo factor. Por ejemplo, los agentes de salud pueden valorar mucho el salario que se les paga en un puesto rural, pero si aceptan el trabajo también desean acceder a la formación continua y que la ampliación del alcance de su práctica sea reconocida. También, cuando se selecciona una política de admisión preferente de estudiantes que provienen de zonas rurales (en la suposición de que es más probable que ejerzan en esas zonas después de su graduación) una estrategia complementaria será aumentar la cantidad de escuelas de capacitación en las zonas rurales.

El tiempo que exigen las intervenciones es un aspecto importante de la complementariedad. Desarrollar completamente algunas de las recomendadas en el Capítulo 3 demandará varios años, mientras que otras se pueden aplicar relativamente rápido. Por ejemplo, a menudo los países adoptan la recomendación de conceder una bonificación al personal sanitario rural, porque aparentemente es algo que se puede realizar rápidamente. En cambio, establecer y ejecutar otras, como una política de servicio obligatorio, la creación de categorías diferentes de profesionales o la construcción de escuelas o campus universitarios en las zonas rurales pueden llevar mucho más tiempo. En el caso de las escuelas rurales, lleva incluso más tiempo producir una camada de posibles agentes de salud rurales a los que se pueda captar y retener en esas zonas. Las intervenciones rápidas que tienen una repercusión bastante inmediata son importantes porque en el corto plazo pueden servir para captar y retener al personal sanitario, mientras que otras pueden sentar las bases para lograr un resultado fructífero. Estas variaciones en relación con el tiempo que demoran en tener efecto las intervenciones son un elemento importante a tener cuenta a la hora de decidir cómo combinarlas mejor.

Antes de optar por una política para aumentar la permanencia del personal sanitario en las zonas rurales, se deben considerar las posibles consecuencias no buscadas de esa política. Por ejemplo, si se pone demasiado énfasis en agilizar la promoción como un incentivo para que el personal trabaje en zonas rurales, esto puede tener un efecto negativo en el desarrollo organizacional, que depende de la promoción según méritos y potencial. Asimismo, la distribución indiscriminada de becas para la formación de posgrado puede anular el efecto de una estrategia de retención. Además, los incentivos a los médicos rurales pueden generar reacciones negativas de otros empleados públicos o de agentes de salud de otras categorías.

4.5 Repercusión: ¿qué indicadores se usarán para medir la repercusión en el tiempo?

Si todas las partes interesadas relevantes tienen claro qué efectos se buscan con las intervenciones, cuáles son los resultados previstos y cuánto tiempo llevará establecer y medir la repercusión, es mucho más probable que las intervenciones se ejecuten con éxito. También es preciso acordar indicadores para medir el éxito, a al menos los progresos, al comienzo de la etapa de planificación. En el Cuadro 3 se muestran las preguntas que se deben formular cuando se evalúan las intervenciones dirigidas a retener al personal sanitario, los indicadores propuestos para medir los progresos respecto de las cuatro dimensiones de captación, contratación, retención y desempeño del personal sanitario/ el sistema de salud, y los métodos que se pueden utilizar para llevar a cabo las evaluaciones.

Se han elaborado y presentado en otros sitios orientaciones detalladas sobre métodos y principios generales para la vigilancia y evaluación de las intervenciones relacionadas con los recursos humanos (14). A los efectos de este documento, conviene analizar algunas definiciones y explicaciones. Se define "retención" como un aumento del número de agentes de salud que permanece en las zonas rurales como resultado de una intervención de política específica de las mencionadas en el Capítulo 3. Otra manera de medir la retención es examinar durante cuánto tiempo (en años) han permanecido en un puesto rural los agentes de salud. Sin embargo, no hay un punto de referencia establecido: los escasos estudios que han evaluado este indicador mencionan una duración promedio de cuatro años en el puesto (4, 33).

Cuadro 3. Preguntas e indicadores para la evaluación y vigilancia de las intervenciones dirigidas a mejorar el acceso al personal sanitario en las zonas remotas o rurales aumentando la retención

Etapa	Preguntas	Indicadores o parámetros de progreso	Métodos
Diseño	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Las intervenciones fueron la respuesta a necesidades documentadas? - ¿La elección de las intervenciones se hizo sobre la base de datos probatorios o argumentos sólidos? 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la situación de los recursos humanos para la salud - Plan de recursos humanos para la salud con determinación de costos - Reserva y circulación del personal sanitario - Densidad de personal sanitario en zonas urbanas y zonas rurales 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis del mercado de trabajo - Análisis demográfico (reserva y circulación personal sanitario) - Encuestas sobre intenciones - Análisis de las partes interesadas - Examen de documentos de política
Aplicación	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinencia: ¿se identificaron preferencias por destinos rurales entre los agentes de salud? - Aceptabilidad: ¿se ha logrado implicar a todas las partes interesadas? - Asequibilidad: ¿se han identificado y asegurado todas las fuentes de recursos? 	<ul style="list-style-type: none"> - Factores que motivan al personal sanitario a trasladarse a una zona rural, permanecer en ella o abandonarla - Preferencias expresadas respecto de las características del trabajo en zonas rurales - Consultas e implicación de las partes interesadas - Presupuestos asignados para las intervenciones propuestas 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuestas sobre intenciones - Discusiones grupales dirigidas - Experimentos de elección discreta - Análisis de las partes interesadas - Examen de documentos de política
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se logró que la profesión/las zonas rurales o remotas resulten más atractivas? - ¿Mejoró la contratación de personal sanitario en las zonas subatendidas? - ¿Aumentó la permanencia? 	<ul style="list-style-type: none"> - Número total de graduados de las escuelas de medicina y otras disciplinas sanitarias - Preferencia por las zonas remotas/rurales - Número total de agentes de salud contratados en zonas rurales - Proporción de nuevos graduados que inician su práctica en zonas rurales - Tasas de rotación - Tasa de vacantes - Permanencia/media de duración del servicio/tasas de "supervivencia" - Proporción de agentes de salud que permanecen en zonas rurales (índice de estabilidad) - Densidad de personal sanitario en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de los datos de los registros - Encuestas, discusiones grupales dirigidas - Análisis de los registros o datos del centro de salud - Encuestas en el centro de salud - Análisis de los datos del registro - Curvas de "supervivencia"

Etapa	Preguntas	Indicadores o parámetros de progreso	Métodos
Resultados	- ¿Mejóro el desempeño del sistema de salud?	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción en el empleo de los agentes de salud - Satisfacción de los pacientes (poblaciones de zonas remotas o rurales) - Cobertura de los servicios sanitarios - Tiempo que demanda el envío de pacientes - Resultados sanitarios (tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta sobre el grado de satisfacción en el empleo del personal sanitario - Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes/la comunidad - Encuestas en los centros sanitarios - Análisis de datos secundarios y estadísticas - Encuestas domiciliarias

Además de los métodos tradicionales de encuestas y examen de los registros de los centros de salud, se puede recurrir a otros, como las curvas de "supervivencia". Estas curvas se pueden utilizar para representar el tiempo transcurrido hasta cualquier evento no recurrente. El evento no tiene por qué ser necesariamente la muerte, por lo que el término "supervivencia" puede ser engañoso. En el caso de las estrategias de retención, el evento no recurrente que se grafique puede ser el abandono de la zona rural del agente o los agentes de salud (33).

Como se mencionó anteriormente, cada intervención tiene más de un resultado (o efecto) y no es posible lograr un resultado mediante una sola intervención. Esto vuelve más compleja la tarea de medir resultados y atribuir los efectos percibidos a intervenciones específicas.

En el Capítulo 5 se proporcionan más detalles sobre los retos de la investigación en este campo. Además, la evaluación es costosa, por lo que no sólo se debe planificar al comienzo de la aplicación de las estrategias sino que es preciso presupuestarla cuando se calculan los costos de las intervenciones.

5. Deficiencias en la investigación y programa de investigaciones

5.1 Deficiencias en la investigación

Cuando se actualicen estas recomendaciones, en 2013, será fundamental que se hayan realizado considerables esfuerzos para subsanar parte de las lagunas en la investigación y los datos probatorios, que claramente han aparecido durante la elaboración de este documento. Se han identificado lagunas en la investigación para cada una de las recomendaciones, que se muestran en las hojas de reseña del Capítulo 6. No obstante, las deficiencias en la investigación que se describen más abajo fueron comunes a todas las recomendaciones.

5.1.1 Estudiar todas las categorías de personal sanitario

La mayoría de las investigaciones y estudios disponibles se refieren principalmente a la contratación y retención de médicos; algunos se centran en las enfermeras y parteras, y muy pocos en otras categorías de agentes de salud, como farmacéuticos o ayudantes clínicos. Es esencial trabajar para subsanar esta deficiencia, ya que en las zonas remotas o rurales hay diferentes agentes de salud a cargo de la atención. Un técnico de laboratorio, por ejemplo, quizá tenga valores y preferencias muy distintas a las de un médico. En consecuencia, es imprescindible conocer en profundidad las necesidades y expectativas de cada categoría de agente de salud rural, como individuos y como parte de un equipo.

5.1.2 Más investigación en países de ingresos bajos

Se necesita más investigación sobre la contratación y retención del personal sanitario en las zonas remotas o rurales de todos los países, pero en particular de los países en desarrollo con los desequilibrios más grandes entre zonas urbanas y rurales en la distribución de su personal sanitario.

Es preciso realizar más estudios para conocer mejor qué tipo de esquemas de retención funcionan actualmente o no han funcionado en diferentes contextos. En relación con algunas recomendaciones, como la A1, se dispone de datos contundentes de estudios bien diseñados realizados en países desarrollados de gran extensión geográfica (principalmente, Australia, Canadá y los Estados Unidos), pero de muy pocos datos probatorio de países en desarrollo.

5.1.3 Evaluaciones mejor formuladas

Las evaluaciones son clave para que los formuladores de políticas puedan seleccionar con confianza las intervenciones y, sin embargo, es penosa la escasez de evaluaciones bien diseñadas en este campo, a pesar de que existe una considerable cantidad de datos de estudios descriptivos que echan luz sobre los problemas y retos a los que se enfrenta el trabajo en zonas rurales. Las dificultades metodológicas están entre las principales razones de estas lagunas en la investigación, junto con los posibles obstáculos para financiar las evaluaciones. Por ejemplo, un examen de las intervenciones dirigidas a la retención del personal sanitario evaluadas indicó que en pocas se consideró recolectar información sobre la situación existente en las primeras etapas del diseño, o compatibilizar la selección de la intervención con las opciones que preferían los agentes de salud (103). Para realizar una evaluación es obligatorio disponer de un marco de referencia respecto del cual determinar los progresos. También es importante contar con un grupo de comparación y contrastar resultados antes y después de la intervención. Además, es indispensable acordar indicadores específicos y pertinentes al inicio del proceso, y también utilizar métodos y fuentes de datos apropiados para evaluar esos indicadores (98, 103).

5.1.4 Calidad de los datos probatorios (no sólo qué es lo que funciona sino por qué y cómo lo hace)

Como se demuestra claramente en los perfiles de datos y los cuadros de datos descriptivos, muy pocos de los datos probatorios en este campo reciben la calificación de "alta calidad" cuando se los valora con los métodos de evaluación de la investigación. Por ejemplo, el examen sistemático Cochrane no encontró ensayos aleatorizados y controlados en este campo, de modo que ajustó los criterios para incluir ensayos semialeatorizados, estudios con una sola cohorte (antes y después), y estudios observacionales (35). Aun así, el número de estudios de alta calidad incluido fue muy escaso.

A diferencia de lo que ocurre en la medicina clínica, es bastante difícil, sino imposible, realizar ensayos controlados aleatorizados para determinar los efectos de muchas de las intervenciones propuestas en el presente documento. Se trata de intervenciones complejas con más de un resultado y muchos factores de confusión que pueden influir en el resultado observado de una intervención determinada. Al aplicar los criterios de evaluación de la investigación clínica a la evaluación de la calidad metodológica de los datos probatorios en este terreno se obtiene, en el mejor de los casos, una calificación de calidad "baja" o "muy baja" para la investigación, lo que de por sí puede disuadir a los formuladores de políticas de tomar nuevas medidas.

Los formuladores de políticas deben considerar muchos otros elementos a la hora de decidir el tipo de intervención que se aplica a su situación particular, y es preciso explicar los datos probatorios existentes de un modo más claro y simple (36). Por esta razón, el grupo de expertos consideró que en este campo, como en muchas áreas del fortalecimiento de los sistemas de salud, es tan importante determinar si una intervención tiene éxito o fracasa (eficacia) como "por qué" y "de qué modo" lo hace. El contexto es un elemento clave que puede ser la causa de los diferentes resultados con una misma intervención y en consecuencia debe estar mejor reflejado en las evaluaciones de esas intervenciones. Se necesita explorar y aplicar métodos innovadores de investigación en ese campo. Por ejemplo, los métodos basados en la generación de teorías (como el examen realista) ofrecen una posibilidad de conocer los mecanismos y aspectos contextuales que hacen que la misma intervención tenga éxito en determinadas condiciones y fracase en otras (82).

5.2 Programa de investigaciones

Ya se ha comenzado a identificar a los miembros del grupo de expertos que están disponibles y dispuestos a contribuir para subsanar las deficiencias en la investigación mencionadas más arriba, ya sea trabajando directamente con la Secretaría de la OMS o en proyectos de investigación propios e independientes. Se realizó una encuesta sobre un plan de acción que fue enviada a todos los expertos y considerada un mecanismo apropiado para sistematizar los esfuerzos de investigación en los próximos años, teniendo en mente el examen de las recomendaciones en 2013. La encuesta ayudará a establecer las áreas de investigación en las que podría intervenir cada uno de ellos, como investigador principal o asociado, consultor, ayudante de investigación o integrante del equipo que realizará el examen colegiado. La encuesta también permitirá incluir sugerencias para ampliar las áreas de investigación que se deberían abordar cuando se examinen las recomendaciones.

Además, un elemento clave para avanzar en el programa de investigaciones será el trabajo experimental en diferentes países que han expresado su interés por aplicar estas recomendaciones. La Secretaría de la OMS y el grupo de expertos brindarán apoyo técnico a estos países en las etapas de planificación, diseño, aplicación o evaluación de sus estrategias de retención. Asimismo, se prevén otros estudios monográficos e informes de países para los próximos años.

6. Establecer la solidez de las recomendaciones

En el Cuadro 4 más abajo se explican los criterios utilizados para la clasificación de las recomendaciones como sólidas o de solidez limitada (véase la sección 3.1 para una descripción de estos términos). La Secretaría de la OMS elaboró cuadros similares (llamados también hojas de reseña) para cada una de las recomendaciones del Capítulo 3, que el grupo de expertos examinó y revisó (comunicándose por correo electrónico). La información para los cuadros fue tomada de los perfiles de datos del método GRADE, que figuran en el Anexo 1, y de otros datos descriptivos que se muestran en el Anexo 2.

Como indican los cuadros y se ha mencionado reiteradamente en el documento, la calidad de los datos probatorios según el método GRADE fue sólo uno de los criterios adoptados para establecer la solidez de una recomendación. Las experiencias y opiniones de los integrantes del grupo de expertos enriquecieron las discusiones sobre los datos probatorios y también sobre los valores y las preferencias, las ventajas y desventajas, el uso de los recursos y la asequibilidad. Los formuladores de políticas deben considerar todos estos criterios a la hora de seleccionar y aplicar las recomendaciones, mediante una amplia consulta con las partes interesadas y en el contexto particular del país.

Una intervención con una recomendación "sólida" se asocia con una calidad de datos probatorios "moderada" o "baja" en los cuadros del sistema GRADE, un consenso general respecto de la magnitud de los efectos y beneficios en términos absolutos, una variabilidad poco significativa en la valoración de los resultados por parte de las distintas partes interesadas y prerrequisitos técnicos para la aplicación que son asequibles en la mayoría de las situaciones. Las intervenciones con una recomendación "sólida" tienen más probabilidades de tener éxito en una amplia variedad de contextos.

Una intervención con una recomendación de solidez "limitada" implica una calidad de datos probatorios "muy baja" o "baja", un efecto de escasa magnitud en un periodo breve, considerablemente más efectos negativos posibles, grandes diferencias en la valoración que de ellas hacen las partes interesadas y una variabilidad significativa de un país a otro en cuanto a los prerrequisitos para su aplicación. Una recomendación de solidez "limitada" tiene menos probabilidades de tener éxito en todos los contextos y exige un análisis cuidadoso de los elementos contextuales y de los prerrequisitos para su aplicación, que se detallan en los capítulos 2 y 4.

Cuadro 4. Modelo de hoja de reseña

RECOMENDACIÓN: texto de la recomendación		
Población: población a la que va dirigida la intervención		
Intervención: descripción muy breve de la intervención		
Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<p>Cuanto más alta es la calidad de los datos probatorios, más sólida es la recomendación.</p> <p>No obstante, cuando la calidad es “baja” o “muy baja”, analizar con más cuidado los otros criterios que aparecen más abajo, a la hora de decidir sobre la solidez de la recomendación.</p>
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<p>Se refiere a la valoración que hacen los agentes de salud, los formuladores de políticas, los pacientes y otras partes interesadas de los resultados previstos de las intervenciones.</p> <p>Si las diferencias en la valoración y las preferencias entre las distintas partes interesadas son importantes, es menos probable que la recomendación sea sólida.</p>
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<p>Se refiere a la posibilidad de que la intervención tenga efectos importantes en términos de dotación de personal sanitario en zonas rurales o remotas. Los efectos pueden aumentar si esta intervención se combina con otras. Analizar las posibles asociaciones (o “conjuntos”) que pueden aumentar la magnitud del efecto.</p> <p>Cuanto más importantes sean los posibles efectos de la intervención, y se mantengan durante periodos más largos, más alta es la probabilidad de que la recomendación sea sólida.</p>
Relación entre beneficios y desventajas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<p>En los beneficios se deben incluir los efectos previstos de la intervención en el contexto de escasez absoluta de personal sanitario en las zonas remotas o rurales.</p> <p>En las desventajas se deben incluir los posibles efectos negativos de la intervención, y también los efectos no buscados.</p> <p>Cuanto menos sean los posibles efectos negativos, más probable es que la recomendación sea sólida.</p>
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<p>Los recursos necesarios para aplicar la recomendación pueden ser, entre otros, recursos financieros, recursos humanos, infraestructura o equipos. En condiciones ideales, los beneficios de la intervención se lograrán a un costo razonable, asequible y sostenible. Se debe tomar en cuenta que el gasto de capital, por ejemplo para desarrollo de infraestructuras, aunque inicialmente sea alto puede traducirse en beneficios a largo plazo.</p> <p>Cuanto más altos sean los costos adicionales o el gasto ordinario, si todas las demás variables se mantienen constantes, menos probable es que la recomendación sea sólida.</p>
Viabilidad	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<p>Todas las intervenciones exigen compromiso político y amplia implicación de las partes interesadas (prerrequisitos). Además, su viabilidad en términos “técnicos” depende de estructuras organizativas e institucionales funcionales, necesarias para gestionar, poner en marcha y supervisar la adopción de la recomendación. Esto incluye, entre otras cosas, planificación de la fuerza de trabajo y sistemas de información, sistemas de gestión del personal, marcos regulatorios y procesos de vigilancia y evaluación.</p> <p>Los componentes que determinan la viabilidad en términos técnicos varían considerablemente de un país a otro o según el contexto, pero cuanto mayor es la probabilidad de que sean funcionales en medios muy diferentes, mayor es la probabilidad de que la recomendación sea sólida.</p>
Clasificación general:		
Deficiencias en la investigación:		
<ul style="list-style-type: none"> • establecer para cuáles categorías de personal sanitario y qué contextos falta investigación • considerar métodos y diseños de estudios más sólidos • analizar la posible sinergia de las intervenciones 		

Cuadro 4.1 Recomendación A1 – Políticas de admisión dirigidas a estudiantes que proceden de zonas rurales

RECOMENDACIÓN A1:

Establecer políticas de admisión dirigidas a captar estudiantes que proceden de zonas rurales para los programas de formación en las diferentes disciplinas sanitarias, de modo de aumentar la probabilidad de que los graduados decidan ejercer en zonas rurales.

Población: estudiantes de escuelas de medicina y otras disciplinas sanitarias

Intervención: admisión preferente de estudiantes que proceden de zonas rurales en instituciones de formación en disciplinas sanitarias

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> • Un examen sistemático demostró que la procedencia de un medio rural se asociaba con ejercicio posterior en una zona rural en 10 de cada 12 estudiantes. • La probabilidad de que los estudiantes que proceden de zonas rurales ejerzan en zonas rurales es, en promedio, de dos a tres veces más alta. • Informes de países de altos ingresos señalan efectos a largo plazo en términos de aumento de la permanencia en zonas rurales de graduados procedentes de esas zonas.
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> • Las políticas de admisión preferente a veces son consideradas discriminatorias e inequitativas en algunos países y pueden ser cuestionadas en el terreno legal o en otros. • Sin embargo, la discriminación positiva es una práctica aceptada en la mayoría de los países.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> • El efecto puede ser todavía mayor si la intervención se asocia con otras, como A2 (ubicación de escuelas fuera de las principales ciudades) y A3 (contacto con el medio rural durante los estudios).
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios: los estudiantes de zonas rurales tienen oportunidades de promoción profesional y las comunidades pueden beneficiarse apoyando a sus miembros. • Desventajas: los estudiantes procedentes de zonas rurales pueden necesitar asistencia especial, como cursos de nivelación académica, programas de promoción o ayuda financiera, para estar en condiciones de competir con sus pares de zonas urbanas por las vacantes en las escuelas de medicina y los programas de formación en otras disciplinas sanitarias.
Utilización de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser necesario invertir para mejorar las escuelas secundarias de las zonas rurales. • Posibles costos adicionales para ayuda económica, cursos de nivelación académica (programas de nivelación) y ayuda a los estudiantes después de su admisión, pero se los debe considerar una inversión.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos países han establecido un sistema de cupos para la incorporación de estudiantes procedentes de zonas rurales. • Exige reglamentación, pero no se prevén mayores discusiones.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN SÓLIDA

Deficiencias en la investigación:

- la mayor parte de la investigación se realizó en países desarrollados y se refiere a los estudiantes de medicina
- se necesitan más estudios de países de ingresos bajos y medianos
- se necesitan más estudios longitudinales de cohortes.

Cuadro 4.2 Recomendación A2 – Ubicar las escuelas de medicina fuera de las principales ciudades

RECOMENDACIÓN A2:

Situar las escuelas de medicina, los campus universitarios y los programas de residencia en medicina de familia fuera de las capitales y otras ciudades importantes, porque es más probable que quienes egresan de esas instituciones y programas trabajen en zonas rurales.

Población: estudiantes de escuelas de medicina

Intervención: asituar las escuelas de medicina fuera de las principales ciudades

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> Sólo hay disponibles estudios observacionales, pocos con grandes magnitudes de efecto. Es más probable que los egresados de escuelas de medicina o programas de residencia en medicina de familia situados en zonas rurales ejerzan en esas zonas. Las escuelas de medicina situadas en zonas rurales producen más médicos rurales que las ubicadas en zonas urbanas. Sin embargo, es difícil determinar el efecto independiente, porque la cantidad considerablemente más alta de estudiantes procedentes de zonas rurales que se inscriben en esas escuelas puede ser un factor de confusión.
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> Si los recursos son limitados, algunas partes interesadas pueden valorar más la ubicación de escuelas en la capital o en zonas que cuentan con mejor infraestructura, mientras que otras dan más valor al fácil acceso, la mayor responsabilidad social y la proximidad a las zonas rurales de las escuelas.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Los efectos pueden ser todavía mayores si la intervención se asocia con otras, como A1 (política de admisión), A3 (contacto con el medio rural durante los estudios) y A4 (modificación del plan de estudios).
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: es probable que la formación local redunde en graduados con aptitudes más apropiadas y pertinentes en relación con las necesidades sanitarias locales. Desventajas: quizá los resultados sólo se aprecien a largo plazo. Se han planteado algunos reparos relacionados con la calidad de la formación, dado que la retención de los profesores también es un problema.
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input checked="" type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Mayores recursos para la infraestructura de las escuelas. Costos adicionales para las estrategias de retención de profesores, maestros, tutores.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input checked="" type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Exige implicación y compromiso del Ministerio de Educación. En algunos casos, la normativa puede ser favorable: por ejemplo, en algunos países no se permite crear más escuelas en la capital y, por lo tanto, deben abrirse en otros lugares.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN DE SOLIDEZ LIMITADA

Deficiencias en la investigación:

- la mayoría de los estudios se ocupa de los médicos; es preciso estudiar los efectos para instituciones de formación en otras disciplinas sanitarias
- los datos probatorios provienen en su mayor parte de países de ingresos altos; se necesitan estudios de países de ingresos medianos y bajos
- es preciso que el diseño de los estudios sea más sólido, para evaluar la influencia de los factores de confusión
- es necesario evaluar la calidad de la formación.

Cuadro 4.3 Recomendación A3 – Promover el contacto de los estudiantes con el medio rural

RECOMENDACIÓN A3: Poner en contacto a los estudiantes de diferentes disciplinas sanitarias con las comunidades rurales y promover las prácticas clínicas rotatorias, ya que la experiencia puede influir positivamente en términos de captación y contratación de agentes de salud en esas zonas.		
Población: estudiantes de distintas instituciones de formación en disciplinas sanitarias		
Intervención: promover las prácticas clínicas rotatorias/las experiencias comunitarias en la etapa de formación		
Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio de cohorte demostró que los graduados que habían tenido alguna experiencia en el entorno rural eran más proclives a ejercer en zonas rurales. • En numerosos estudios observacionales se describen resultados positivos, pero estos estudios no incluyeron grupos de comparación. • No se abordaron los factores de confusión (elección voluntaria de los estudiantes procedentes de zonas rurales de puestos en esas zonas).
Valoración y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> • No corresponde.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos pueden ser aún mayores si esta intervención se asocia con otras, como A1 (políticas de admisión) y A2 (ubicación de las escuelas fuera de las principales ciudades).
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios: la formación en una zona rural puede hacer que el personal sanitario “eche raíces” en el lugar, facilita el establecimiento de redes de profesionales y aumenta la visibilidad de la salud en las zonas rurales, incluso para quienes eventualmente decidan no ejercer en ellas en forma permanente. • Desventajas: no se sabe cuánto debería durar la experiencia, algunas pueden ser sumamente breves.
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input checked="" type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Para ejecutar adecuadamente la intervención, se necesitan recursos considerables. No sólo dinero sino otra clase de recursos para la formación y la supervisión apropiadas, e infraestructuras adecuadas para respaldar a los estudiantes y a los médicos. • En algunos países, las prácticas rotatorias y el ejercicio en zonas rurales ya son obligatorios, por lo que el camino está allanado.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input checked="" type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que organizar el sistema. Para situar las escuelas en zonas rurales hacen falta instructores o tutores, y encontrarlos puede ser difícil en muchas de estas zonas. • Se debe aprobar un reglamento para las prácticas en zonas rurales.
Clasificación general: RECOMENDACIÓN LIMITADA		
Deficiencias en la investigación:		
<ul style="list-style-type: none"> • la mayoría de los estudios se ocupa de los médicos; es preciso estudiar los efectos para instituciones de formación en otras disciplinas sanitarias • los datos probatorios provienen en su mayor parte de países de ingresos altos; se necesitan estudios de países de ingresos medianos y bajos • es preciso que el diseño de los estudios sea más sólido, para evaluar la influencia de los factores de confusión. 		

Cuadro 4.4 Recomendación A4 – Modificar el plan de estudios para que incorpore temas relacionados con la salud en el medio rural

RECOMENDACIÓN A4:

Examinar los planes de estudio de grado y posgrado para incorporar temas relacionados con la salud en el medio rural, de modo de aumentar las aptitudes de los agentes de salud que trabajan en dichas zonas y, por consiguiente, aumentar la satisfacción y la permanencia en el empleo.

Población: estudiantes de instituciones de formación en distintas disciplinas sanitarias

Intervención: amodificar el plan de estudios de la formación previa al empleo para que incorpore temas relacionados con la salud en el medio rural, capacite en la formación y supervisión de equipos y priorice la atención primaria

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> No hay datos directos. Estudios observacionales señalan la importancia de priorizar la atención primaria en la formación del personal sanitario rural, y demuestran que quienes fueron formados con un plan de estudios centrado en el entorno rural obtienen los mismos –o mejores– resultados en los exámenes de medicina, que aquellos estudiantes cuyo plan de estudios fue más general. En un estudio se observó que la combinación de procedencia de una zona rural e interés por la medicina de familia fue el mejor predictor de ejercicio en zonas rurales.
Valoración y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> No corresponde.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Los efectos pueden ser mayores si se asocia esta intervención con otras relacionadas con la formación.
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: los planes de estudio pertinentes y adaptados a las necesidades sanitarias locales pueden aumentar la confianza de los agentes de salud rurales en sus aptitudes y mejorar la calidad de la atención a los pacientes de zonas rurales. Desventajas: podrían generarse tensiones entre especialistas y generalistas; formular, ejecutar y ver los resultados de la intervención llevará tiempo.
Utilización de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar e instituir este plan de estudio demanda algunos recursos (profesorado, organismos de reglamentación).
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Las partes interesadas deben implicarse en las políticas dirigidas a modificar el plan de estudios. Exige la aceptación de las instituciones académicas.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN SÓLIDA

Deficiencias en la investigación:

- evaluaciones de los efectos de la modificación de los planes de estudio en la retención del personal.

Cuadro 4.5 Recomendación A5 – Programas de formación continua

RECOMENDACIÓN A5:

Estimular la permanencia estableciendo programas de formación continua y promoción profesional que se adecuen a las necesidades del personal sanitario de las zonas rurales y a los que los agentes de salud puedan acceder fácilmente desde el lugar donde residen y trabajan.

Población: personal sanitario de zonas remotas o rurales

Intervención: personal sanitario de zonas remotas o rurales

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para evaluar el efecto directo a causa de los factores de confusión. • Datos probatorios limitados demuestran que puede contribuir a mejorar la calidad de la atención. • Datos probatorios indirectos indican que los programas de formación continua influyen en la voluntad de permanecer en zonas rurales.
Valoración y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> • No corresponde.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos pueden ser mayores si los programas de formación continua se vinculan claramente con la promoción profesional (recomendación D4).
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios: los programas de formación continua no son únicamente un medio para adquirir e intercambiar conocimientos; también favorecen la creación de redes de profesionales y reducen la sensación de aislamiento profesional. • Desventajas: a veces es difícil establecer estos programas por la falta de infraestructura y equipos (educación a distancia).
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input checked="" type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • La educación a distancia demanda inversiones, entre otras cosas por los costos asociados con las telecomunicaciones e Internet. • También hay costos asociados a los viajes si la formación se realiza fuera del lugar de trabajo (esta es una de las razones por las que se debe poder acceder a los programas sin abandonar la zona rural). • Se necesitan tutores y supervisores.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input checked="" type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> • La educación a distancia depende del acceso a Internet y la disponibilidad de equipos. • Se la debe vincular con la promoción profesional para que sea más atractiva para el personal sanitario.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN DE SOLIDEZ LIMITADA

Deficiencias en la investigación:

- se dispone de datos probatorios principalmente sobre médicos y enfermeras
- se dispone de datos probatorios sólo de países de ingresos altos
- se necesitan estudios con diseños más sólidos.

Cuadro 4.6 Recomendación B1 – Ampliación del ámbito de ejercicio profesional

RECOMENDACIÓN B1:		
Establecer y regular ámbitos de ejercicio profesional más amplios en las zonas rurales y remotas, para aumentar las posibilidades de satisfacción en el empleo y, con ello, favorecer la contratación y la retención.		
Población: enfermeras, ayudantes clínicos y otros agentes sanitarios de nivel medio en zonas remotas o rurales		
Intervención: ampliar el ámbito de ejercicio profesional de determinados agentes de salud en las zonas rurales		
Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> No hay datos probatorios directos sobre repercusión en la permanencia. Datos probatorios de ensayos aleatorizados controlados indican que la competencia y la calidad de la atención que prestan las enfermeras con un ámbito de ejercicio profesional más amplio es comparable o incluso mejor que la de los médicos de zonas que no son rurales. Datos probatorios de estudios observacionales que señalan que el entrenamiento en técnicas de procedimiento avanzadas pueden aumentar la confianza de los médicos de familia residentes en zonas rurales y su competencia.
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> Las enfermeras de las zonas rurales se sentirían más valoradas y apreciadas si se reconociera el ámbito de ejercicio profesional amplio que existe de hecho cuando no hay médicos. Es probable que algunas entidades profesionales se opongan
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Es probable que tenga un efecto mayor y por periodos más largos, ya que las enfermeras y otros agentes de salud que no son médicos son menos proclives que los médicos a abandonar las zonas rurales. Para que el efecto sea mayor, posiblemente esta intervención debería combinarse con la B2 (producción de diferentes categorías de personal sanitario), A4 (modificación de planes de estudio para adaptarlos al medio rural) y C1 (incentivos económicos apropiados). Se pueden lograr efectos adicionales si se asocia esta recomendación con las consignadas en la categoría D (apoyo personal y profesional).
Relación entre beneficios y desventajas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: en zonas en las que la escasez de personal sanitario es absoluta, ampliar el ámbito de ejercicio profesional de los agentes que no son médicos puede reducir los desequilibrios y aumentar la dotación de personal sanitario mejor capacitado. Desventajas: existe el riesgo de que si esto no se asocia con las intervenciones de la categoría D la ampliación del ámbito de ejercicio profesional permitiría a las enfermeras y otros agentes de salud abandonar las zonas rurales; también, de que estas medidas no satisfagan a algunas asociaciones profesionales o algunos organismos de reglamentación.
Utilización de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Es menos costoso y lleva menos tiempo capacitar a las enfermeras y otros agentes de nivel medio, pero se deben tomar en cuenta los costos de la supervisión adicional, además del costo político relacionado con las negociaciones con organismos profesionales.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input checked="" type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Requiere supervisión. El marco regulatorio se debe consensuar con todas las partes interesadas (esto puede tener un carácter sumamente político).
Clasificación general: RECOMENDACIÓN DE SOLIDEZ LIMITADA		
Deficiencias en la investigación:		
<ul style="list-style-type: none"> se necesitan datos probatorios sobre los efectos directos de una ampliación del ámbito de ejercicio profesional en la retención del personal sanitario en las zonas remotas o rurales. 		

Cuadro 4.7 Recomendación B2 – Categorías diferentes de personal sanitario

RECOMENDACIÓN B2:

Introducir categorías diferentes de personal sanitario capacitado y una reglamentación adecuada para la práctica en el entorno rural, de modo de aumentar el número de agentes de salud que ejercen en zonas remotas o rurales.

Población: graduados de instituciones de formación en diferentes disciplinas sanitarias

Intervención: producir categorías diferentes de personal sanitario

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> En un estudio observacional se observaron tasas de retención más elevadas de los agentes de salud de nivel medio que de los médicos, y una calidad del servicio similar o mejor. Algunos datos indican que en muchos países de África subsahariana se están produciendo agentes de salud no médicos y que se depende mucho de ellos, principalmente en las zonas rurales, pero no se ha evaluado la repercusión.
Valoración y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> Agentes de salud de nivel medio reconocidos por la comunidad, que confía en ellos. Los miembros de la comunidad pueden valorar más la presencia permanente de personal sanitario de nivel medio que la presencia esporádica de un médico. Sus aptitudes tienen menos valor de mercado y, por lo tanto, es menos probable que migren.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Es posible que tenga más efecto y durante periodos más largos porque producir estas categorías de agentes de salud lleva menos tiempo, y es menos probable que este personal abandone las zonas rurales, en particular si recibió formación específica para ejercer en esas zonas. Para que el efecto sea mayor, esta intervención se debe combinar con B2 (producción de categorías diferentes de personal sanitario), A4 (adaptación de los planes de estudio al contexto rural) y C1 (incentivos económicos apropiados). Se pueden obtener efectos adicionales si esta recomendación se asocia con las de la categoría D (apoyo personal y profesional).
Relación entre beneficios y desventajas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: en los lugares en los que la escasez de personal sanitario es absoluta, esta intervención puede remediar la escasez mientras se forman agentes de salud altamente capacitados; en muchos países, estos nuevos agentes de salud han sido formados específicamente para las zonas rurales, ya que su entrenamiento se adecua más a las necesidades sanitarias locales. Desventajas: oposición de las organizaciones profesionales (por lo que es necesario implicar a un grupo amplio de interesados).
Utilización de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Es menos costoso y lleva menos tiempo capacitar a las enfermeras y otros agentes de nivel medio, pero se deben tomar en cuenta los costos de la supervisión adicional, además del costo político relacionado con las negociaciones con organismos profesionales.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input checked="" type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Requiere supervisión. El marco regulatorio se debe consensuar con todas las partes interesadas (esto puede tener un carácter sumamente político).

Clasificación general: RECOMENDACIÓN DE SOLIDEZ LIMITADA

Deficiencias en la investigación:

- se necesitan datos probatorios sobre los efectos directos en la retención de agentes de salud de nivel medio respecto de los médicos
- se necesitan datos más sólidos sobre las intenciones de abandonar la zona del personal sanitario de nivel medio, en relación con las de agentes de salud de categorías superiores.

Cuadro 4.8 Recomendación B3 – Servicio obligatorio

RECOMENDACIÓN B3:

Garantizar que el servicio obligatorio en zonas remotas o rurales se asocie con apoyo e incentivos apropiados, para favorecer la contratación y la permanencia del personal sanitario en esas zonas.

Población: egresados de instituciones de formación en diferentes disciplinas sanitarias

Intervención: producir categorías diferentes de personal sanitario

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> En un estudio retrospectivo de cohortes se observaron tasas elevadas de retención de los médicos después de que finalizaran el periodo de servicio obligatorio. Como medida para favorecer la contratación, en la mayoría de los estudios las tasas de finalización del servicio obligatorio fueron altas, en especial si la intervención se combinaba con otros incentivos. En algunos estudios observacionales se informó mayor competencia y satisfacción en el empleo durante el servicio obligatorio, y también una mejor prestación del servicio. Si bien la intervención se aplicó en numerosos países, no se han analizado los efectos reales en la retención a largo plazo.
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> En las economías de mercado, los agentes de salud valoran más su libertad de elegir el lugar en el que desean ejercer, mientras que los formuladores de políticas precisan soluciones inmediatas para enfrentar la grave escasez de personal sanitario en las zonas rurales. Por otro lado, las comunidades subatendidas agradecerán la presencia de personal sanitario en la zona, incluso durante periodos breves (la duración del servicio obligatorio). En las sociedades en las que el altruismo y la equidad son valores importantes, el personal sanitario puede apreciar la oportunidad de “devolver algo” a la comunidad.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Se prevé una magnitud de efecto importante mientras dure el servicio obligatorio, si éste se impone como política nacional. Las tasas de captación y finalización de los programas probablemente serán más elevadas si la intervención se combina con incentivos (como la habilitación o el rápido ingreso a la administración pública a cambio del servicio obligatorio, o las becas). El efecto probablemente será mayor y por un periodo más largo si la intervención se combina con A1 (políticas de admisión) y C1 (incentivos económicos).
Relación entre beneficios y desventajas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: dotación de personal sanitario en las zonas remotas o rurales en las que la escasez de agentes de salud es grave, aunque por periodos más breves. Desventajas: en el largo plazo, la alta rotación podría ir en detrimento de la continuidad y la calidad de la atención; también existe el riesgo de que los estudiantes y los agentes de salud se opongan.
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input checked="" type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> La administración del programa y la supervisión de los médicos en servicio obligatorio, que a menudo son jóvenes graduados sin experiencia, implica gastos ordinarios considerables.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input checked="" type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Requiere supervisión. Administración ardua (asignación de los candidatos, vigilancia estrecha para garantizar el cumplimiento). Es preciso implicar a numerosas partes interesadas.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN DE SOLIDEZ LIMITADA

Deficiencias en la investigación:

- no hay datos probatorios disponibles sobre el servicio obligatorio para enfermeras y otras categorías de personal sanitario
- se necesitan más evaluaciones de la permanencia del personal sanitario una vez finalizado el servicio obligatorio.

Cuadro 4.9 Recomendación B4 – Incentivos a cambio de servicios

RECOMENDACIÓN B4:

Ofrecer becas, ayudas y otros subsidios para la formación cuya contrapartida sea la obligación de prestar servicio en zonas remotas o rurales, para aumentar la contratación de agentes de salud en esas zonas.

Población: estudiantes de diferentes disciplinas sanitarias, personal sanitario de zonas remotas o rurales

Intervención: becas y otras ayudas económicas para la formación, a cambio de servicios

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> Un examen sistemático indicó que con los programas de incentivos económicos a los médicos la tasa promedio de contratación llegaba aproximadamente al 70% (14 estudios) y que las tasas de retención de los estudiantes incorporados al programa oscilaban entre el 12% y el 90% (18 estudios). Sin embargo, hay factores de confusión importantes a causa de la autoselección de participantes en los programas. La mayoría de los estudios se refieren a médicos y la mayor parte se realizó en los Estados Unidos (el resto en Canadá, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica).
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> Los programas pueden ser beneficiosos en términos de equidad si ubican a los médicos preferentemente en las zonas con mayores necesidades. Sin embargo, si los programas están dirigidos a estudiantes de medicina de primer año, la preferencia por el trabajo en las zonas rurales habitualmente cambia durante la carrera, por lo que se puede perder la inversión, sobre todo si existe la opción de deshacer el compromiso.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input checked="" type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> En general, los programas tienen buenos resultados en cuanto a dotar a las zonas rurales de médicos mientras dura el servicio obligatorio. Si la intervención se combina con A1 (políticas de admisión) es probable que el efecto sea mayor y dure más tiempo.
Relación entre beneficios y desventajas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<p>Beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dotación de personal sanitario en comunidades remotas y rurales en las que la escasez es absoluta, aun si es por periodos más breves. <p>Desventajas: en el largo plazo, la gran rotación podría ir en detrimento de la continuidad y la calidad de la atención. Si existe la opción de deshacer el compromiso, se corre el riesgo de que los participantes paguen lo que corresponde para salir del programa. Si se aplica a estudiantes de medicina de primer año, las preferencias respecto del lugar donde realizarán su práctica pueden ser diferentes al término de los estudios.</p>
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input checked="" type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> La administración del programa y la supervisión de los médicos en servicio obligatorio, que habitualmente son jóvenes graduados sin experiencia, implica gastos ordinarios considerables. Hay muy poca información sobre los costos del programa, pero es probable que los costos iniciales de las becas y subvenciones sean altos y también el gasto ordinario para mantener el programa. En los países de ingresos bajos esto puede ser un problema.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input checked="" type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Exige supervisión. Administración ardua (asignación de los candidatos, vigilancia estrecha para garantizar el cumplimiento). Quizá no sea asequible para países de ingresos bajos y medianos, pero se deben estudiar las posibilidades de financiación externa.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN DE SOLIDEZ LIMITADA

Deficiencias en la investigación:

- no se dispone de datos sobre incentivos económicos a cambio de servicio para enfermeras y otras categorías de persona sanitario.

Cuadro 4.10 Recomendación C1 – Incentivos económicos

RECOMENDACIÓN C1:

Combinar incentivos económicos fiscalmente sostenibles, como prestaciones por condiciones de vida difíciles, ayudas para la vivienda, transporte gratuito y vacaciones pagadas, entre otros, que compensen los costos de oportunidad asociados al ejercicio en zonas rurales (desde la perspectiva del personal sanitario), para así aumentar la permanencia del personal en esas zonas.

Población: personal sanitario de zonas remotas o rurales

Intervención: ofrecer incentivos económicos apropiados (monetarios y de otra índole)

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio con una sola cohorte (antes y después) y un estudio observacional indicaron que las tasas de retención después de la aplicación de esquemas de incentivos económicos aumentaron moderadamente y sólo en el corto plazo. • Datos complementarios indican que los incentivos económicos son siempre un elemento que pesa en la elección de trabajar en zonas rurales, aunque no el elemento más importante. • Datos complementarios señalan que el monto de los incentivos económicos ofrecidos debe compensar los costos de oportunidad asociados al traslado a zonas rurales.
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> • Los costos de oportunidad pueden diferir de un lugar a otro y entre distintas categorías de personal sanitario. El monto de los incentivos se debe calcular cuidadosamente y actualizar, ya que las preferencias de los agentes de salud cambian con el tiempo.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input checked="" type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> • Si esta intervención se aplica en forma aislada, se obtendrán resultados limitados y sólo en el corto plazo. Siempre se debe combinar con otras intervenciones. • Es probable que el efecto sea mayor si la intervención se asocia con A1 (políticas de admisión), D1 y D2.
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios: puede resolver la grave escasez de personal sanitario en el corto plazo. • Desventajas: posible conflicto con profesionales de otras disciplinas si los incentivos se otorgan sólo a una categoría profesional.
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input checked="" type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos ordinarios importantes. • El paquete de incentivos debe incluir compensaciones monetarias (bonificaciones) y beneficios de otra índole (subsídios para la educación de los niños, préstamos para vivienda, botiquín médico para principiantes). • Puede ser más costoeficaz si hay un exceso de médicos en las zonas urbanas (es necesario un análisis del mercado laboral).
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> • Es una de las intervenciones que los formuladores de políticas son más proclives a adoptar, ya que en el corto plazo puede solucionar el problema. Sin embargo, es preciso analizar cuidadosamente las consecuencias y la sostenibilidad a largo plazo.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN SÓLIDA PARA EL CORTO PLAZO

RECOMENDACIÓN DE SOLIDEZ LIMITADA PARA EL LARGO PLAZO

Deficiencias en la investigación:

- repercusión a largo plazo de los incentivos económicos
- ¿qué combinación de incentivos permitiría aumentar más las tasas de retención?

Cuadro 4.11 Recomendación D1 – Mejorar las condiciones de vida

RECOMENDACIÓN D1:
Mejorar las condiciones de vida de los agentes de salud y de sus familias e invertir en infraestructura y servicios (saneamiento, electricidad, telecomunicaciones, escuelas etc.), ya que estos elementos influyen considerablemente en la decisión de trasladarse a las zonas rurales y permanecer en ellas.

Población: personal sanitario de zonas remotas o rurales y sus familias

Intervención: mejorar las condiciones de vida

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> No hay datos probatorios directos que indiquen un aumento de la retención. Datos complementarios de estudios observacionales y encuestas de grado de satisfacción realizadas mediante cuestionarios indican que las condiciones de vida (alojamiento, infraestructura, atención y educación de los niños, empleo del cónyuge) son factores de peso en la decisión de trasladarse a las zonas rurales o no hacerlo.
Valoración y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> Esta no es una cuestión de valoración, se trata de una necesidad básica en todos los contextos. En algunos casos, el personal sanitario con determinadas características (varones, jóvenes sin hijos) puede darle menos importancia a las condiciones de vida. Identificar la preferencia por el ejercicio profesional en un lugar es esencial para poder formular un conjunto de intervenciones apropiadas.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Se prevén efectos importantes en asociación con otras intervenciones.
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: puede resolver la grave escasez de personal sanitario en el corto plazo. Desventajas: posible conflicto con profesionales de otras disciplinas si los incentivos se otorgan sólo a una categoría profesional.
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input checked="" type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> La inversión necesaria sería importante, pero se prevén beneficios durante un periodo más largo.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Salvo por los posibles altos costos de inversión, no hay mayores obstáculos para su aplicación.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN SÓLIDA

Deficiencias en la investigación:

- se necesitan estudios sobre los efectos/la repercusión en la contratación y permanencia, pero también es necesario ejecutar más intervenciones de este tipo para estar en condiciones de evaluar su eficacia.

Cuadro 4.12 Recomendación D2 – Entorno de trabajo propicio y seguro

RECOMENDACIÓN D2:		
Ofrecer un entorno de trabajo propicio y seguro, con equipos y suministros apropiados, supervisión y asesoramiento de apoyo, para que el puesto de trabajo resulte atractivo desde el punto de vista profesional y, por lo tanto, aumente la contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales.		
Población: personal sanitario de zonas remotas o rurales		
Intervención: garantizar un entorno de trabajo propicio y seguro		
Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> No se dispone de datos probatorios directos respecto de la retención. Datos complementarios de estudios observacionales y encuestas de grado de satisfacción realizadas mediante cuestionarios indican que el entorno de trabajo es uno de los principales factores que influyen en la decisión de abandonar las zonas rurales. También inciden el atractivo de la zona rural y la satisfacción en el empleo.
Valoración y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> Por lo general, el entorno de trabajo propicio y seguro es considerado un elemento fundamental para la prestación eficaz de la atención sanitaria.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Es probable que el efecto sea mayor si se combina con otras intervenciones.
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: es posible que mejorando las condiciones de trabajo también mejoren el desempeño y la productividad del personal sanitario, y, en consecuencia, el desempeño de los sistemas de salud. Desventajas: los proyectos piloto a pequeña escala pueden atraer a personal sanitario de otras áreas en la que también escasea, y de ese modo agudizar los desequilibrios (es preciso un enfoque coordinado).
Utilización de los recursos	<input type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input checked="" type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Equipar y renovar los centros sanitarios puede demandar gran cantidad de recursos, pero se pueden obtener beneficios a más largo plazo. Los cambios en el estilo de gestión y la puesta en marcha de la supervisión de apoyo también pueden demandar inversiones significativas en cursos de capacitación para la gestión y procesos de supervisión eficaces. Las estrategias holísticas para prevenir la violencia en el lugar de trabajo pueden ser complejas y costosas.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Debe formar parte de acciones más amplias para fortalecer los sistemas de salud.
Clasificación general: RECOMENDACIÓN SÓLIDA		
Deficiencias en la investigación:		
<ul style="list-style-type: none"> se necesitan estudios sobre los efectos/la repercusión en la contratación y permanencia, pero también realizar más intervenciones de este tipo para estar en condiciones de evaluar su eficacia. 		

Cuadro 4.13 Recomendación D3 – Apoyo periférico

RECOMENDACIÓN D3:
Identificar y realizar actividades de extensión apropiadas para facilitar la cooperación entre el personal sanitario de zonas mejor atendidas y el personal sanitario de zonas subatendidas, y utilizar, siempre que sea posible, la telesanidad para brindar apoyo adicional a los agentes de salud de zonas remotas o rurales.

Población: personal sanitario de zonas remotas o rurales

Intervención: realizar actividades de apoyo periférico apropiadas

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> No hay datos probatorios directos en relación con la contratación o la permanencia. En un examen sistemático Cochrane (incluyó sólo nueve estudios de buena calidad) se observó que las actividades de extensión de los especialistas pueden mejorar el acceso a la atención, algunos resultados sanitarios y el uso de los servicios, en particular si forman parte de una intervención multifacética que implica colaboración con los servicios de atención primaria, de educación y otros. Sin embargo, la mayoría de los estudios se había realizado en zonas urbanas y se informó escasa magnitud de efecto en términos de mejora del acceso a la atención. Estudios controlados sobre actividades de extensión virtuales (telesanidad) indicaron un aumento del acceso a los servicios de especialistas y un acortamiento del tiempo hasta la derivación de pacientes, pero una magnitud de efecto reducida.
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> El personal sanitario rural puede considerar que estas actividades le brindan apoyo adicional, pero a veces también percibe que limitan su práctica "individual" en las zonas rurales. No todas las zonas remotas o rurales resultan atractivas a los especialistas para prestar servicios periféricos (seleccionar las más cercanas a las ciudades).
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input checked="" type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Proyectos en pequeña escala, con frecuencia difíciles de extender a escala nacional. Probablemente se obtengan más beneficios en las zonas con escasa infraestructura o con población muy dispersa, ya que permite prestar un servicio que de otro modo no estaría disponible (clínicas móviles o agentes de salud que se trasladan en avión a un punto establecido de antemano).
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: las actividades de apoyo periférico pueden ayudar a los agentes de salud rurales a superar la sensación de aislamiento, mejorar sus aptitudes y ampliar la red de contactos profesionales; también pueden mejorar el sistema de envío de pacientes y la calidad de los servicios. Desventajas: las actividades de extensión de los especialistas sólo permiten abordar una pequeña parte de los problemas sanitarios en las zonas rurales.
Utilización de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Exige una inversión inicial considerable en equipos y tecnología, y genera además gastos ordinarios relacionados con las visitas periódicas de los especialistas y el mantenimiento de los equipos.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input type="checkbox"/> Sí, en general <input checked="" type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> El acceso a la tecnología puede ser una grave limitación en los países de ingresos bajos, aunque incluso en ellos el avance tecnológico está siendo rápido (en particular el uso de teléfonos móviles).

Clasificación general: RECOMENDACIÓN DE SOLIDEZ LIMITADA

Deficiencias en la investigación:

- se precisan estudios sobre los efectos/la repercusión de las actividades de apoyo periférico en la contratación y retención de médicos y otras categorías de personal sanitario (las actividades de apoyo pueden ser: actividades de extensión de los especialistas, clínicas móviles, telesanidad, uso de las tecnologías de la información y la comunicación y ciber salud).

Cuadro 4.14 Recomendación D4 – Programas de promoción profesional

RECOMENDACIÓN D4:		
<p>Crear y apoyar programas de promoción profesional y ofrecer puestos de categoría superior en las zonas rurales, de modo que el personal sanitario pueda progresar en su carrera profesional gracias a su experiencia, formación y capacitación sin necesidad de abandonar esas zonas.</p>		
<p>Población: personal sanitario de zonas remotas o rurales Intervención: programas de promoción profesional</p>		
Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> Estudios observacionales y encuestas basadas en cuestionarios indican que la claridad en los términos y condiciones del servicio, en los que se especifiquen las posibilidades de promoción y perspectivas de progreso, es un factor importante que incide en la decisión de permanecer (en zonas que no son rurales).
Valoración y preferencias	<input type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> En muchos lugares, la promoción depende del escalafón de la administración pública. Los organismos profesionales se pueden oponer a que haya diferentes esquemas de promoción profesional en distintos lugares.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Es probable que el efecto sea mayor si la intervención se asocia con otras, como A5 (formación continua), C1 (incentivos económicos) y D5 (redes de apoyo profesional).
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: posiblemente aumente la satisfacción en el empleo y la motivación, y mejore el desempeño del personal sanitario. Desventajas: existe la posibilidad de que entidades profesionales se opongan y de que genere tensiones entre especialistas y generalistas.
Utilización de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Los recursos necesarios pueden implicar gastos ordinarios adicionales para pagar salarios o bonificaciones de puestos de categorías superiores, a medida que el personal sanitario asciende en el escalafón.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> Requiere normativa en la administración pública y negociaciones con asociaciones profesionales para definir el escalafón.
<p>Clasificación general: RECOMENDACIÓN SÓLIDA</p>		
<p>Deficiencias en la investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> se necesitan estudios sobre los efectos/la repercusión de los programas de promoción profesional en la contratación y permanencia del personal sanitario. 		

Cuadro 4.15 Recomendación D5 – Redes de apoyo profesional

RECOMENDACIÓN D5:
 Respalda la creación de redes de profesionales, asociaciones profesionales de agentes de salud rurales, revistas de medicina rural, etc., para mejorar el estado de ánimo, aumentar el prestigio y reducir la sensación de aislamiento profesional del personal sanitario de zonas rurales.

Población: personal sanitario de zonas remotas o rurales

Intervención: respaldar la creación de redes de profesionales

Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> Estudios observacionales, algunos con un grupo control, indican un aumento de las tasas de retención del personal sanitario de las zonas rurales que recibe apoyo de redes de profesionales.
Valoración y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> Todos los agentes de salud valoran la pertenencia a un grupo de pares, que puede reducir la sensación de aislamiento en las zonas remotas y rurales.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> En algunos países se han creado grandes redes de agentes de salud rurales; en algunos, hasta asociaciones de cónyuges de médicos rurales. Probablemente el efecto sea mayor si la intervención se asocia con otras, como A5 (formación continua), D1 (mejora de las condiciones de vida), y D2 (entorno de trabajo propicio y seguro).
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: atenúa la sensación de aislamiento, mejora el acceso a la formación continua; en algunos casos, las asociaciones de profesionales que ejercen en el medio rural pueden apoyar reformas más amplias del sistema de salud o la salud pública, o influir en favor de ellas. Desventajas: si las asociaciones de profesionales se sostienen con las cuotas de los miembros, puede que no sean sostenibles a largo plazo.
Utilización de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Gastos iniciales y de mantenimiento para las reuniones periódicas de las asociaciones o gastos de edición e impresión de revistas, pero por lo general son relativamente menores. Hacen falta promotores en los países para crear y mantener asociaciones de profesionales.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> No se prevén mayores obstáculos.

Clasificación general: RECOMENDACIÓN SÓLIDA

Deficiencias en la investigación:

- hay datos principalmente sobre los médicos, se necesitan estudios sobre otras categorías de personal sanitario.

Cuadro 4.16 Recomendación D6 – Reconocimiento público

RECOMENDACIÓN D6:		
<p>Adoptar medidas destinadas a otorgar reconocimiento público, como la celebración de días de la salud rural, la concesión de premios o distinciones locales, nacionales e internacionales, para poner de relieve el trabajo realizado en las zonas rurales y crear condiciones para aumentar la motivación natural y, por lo tanto, la permanencia del personal sanitario en las zonas rurales.</p>		
<p>Población: personal sanitario de zonas remotas o rurales Intervención: adoptar medidas para otorgar reconocimiento público</p>		
Factores	Decisiones	Explicación
Calidad de los datos probatorios	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy	<ul style="list-style-type: none"> No hay datos probatorios directos sobre la influencia en la retención. Datos complementarios de un examen sistemático de la calidad de los estudios indican que el reconocimiento es uno de los principales factores de motivación de los agentes de salud.
Valoración y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad no significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<ul style="list-style-type: none"> Todos los agentes de salud valoran que se reconozcan sus esfuerzos; esto mejora su estado de ánimo y aumenta su prestigio.
Magnitud del efecto en términos absolutos	<input checked="" type="checkbox"/> Efecto importante en el largo plazo <input type="checkbox"/> Escaso efecto por un periodo breve	<ul style="list-style-type: none"> Las actividades de reconocimiento público nacional o internacional pueden darle más visibilidad a los agentes de salud que trabajan en zonas rurales. Es posible que el efecto sea mayor si la intervención se combina con otras, como A1 (políticas de admisión), D4 (promoción profesional) y D5 (redes de profesionales).
Relación entre beneficios y desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan claramente a las desventajas <input type="checkbox"/> Equilibrio entre beneficios y desventajas <input type="checkbox"/> Las desventajas superan claramente a los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios: mejora del estado de ánimo y aumento del prestigio, en particular con la celebración de días de la salud rural. Desventajas: las distinciones individuales sólo llegan a una cantidad pequeña de agentes de salud.
Utilización de los recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Demanda menos recursos <input type="checkbox"/> Demanda mayor cantidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> Los recursos necesarios para los premios o para la organización de eventos son sumamente limitados.
Viabilidad (o factores locales que influyen en el traslado de los datos probatorios a la práctica)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, en general <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> No se prevén mayores obstáculos.
<p>Clasificación general: RECOMENDACIÓN SÓLIDA</p>		
<p>Deficiencias en la investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> faltan estudios sobre los efectos/la repercusión de las medidas para el reconocimiento público en la contratación y retención del personal sanitario. 		

Metodología

En esta sección se presenta un resumen de los métodos que se usaron para elaborar estas recomendaciones.

Examen de la bibliografía

Como se mencionó en el Capítulo 1, el primer paso en el proceso de elaboración de estas recomendaciones fue un examen de la bibliografía realizado por la Secretaría de la OMS en 2008, que sentó las bases para la primera la consulta de expertos de febrero de 2009. El examen incluyó publicaciones revisadas por expertos independientes y también bibliografía "gris".

En agosto y septiembre de 2008 se realizaron búsquedas electrónicas en PubMed, la base de datos Cochrane, Embase y LILACS. También se recuperaron los documentos citados en las referencias de los artículos encontrados, para completar la lista final. Se recopilaron otros datos probatorios de expertos en el campo de los recursos humanos, a través de búsquedas manuales en las revistas *Human Resources for Health* y *Journal of Remote and Rural Health* y también en la bibliografía "gris", mediante búsquedas en Google™, y en el Centro Mundial de Documentación de Recursos Humanos para Salud (HRH), así como en sitios web de los ministerios de diferentes gobiernos.

Se utilizaron los siguientes descriptores temáticos y palabras, solos o combinados: médicos, enfermeras, parteras, agentes de salud de nivel medio, agentes de salud comunitarios, gestores sanitarios, técnicos de laboratorio, trabajador sanitario, profesional sanitario, recursos humanos para la salud, personal sanitario, técnico sanitario, ingeniero clínico, equipos de salud; médicos en combinación con: rural, remota, subatendida, desequilibrios zonas rurales/urbanas, desequilibrios en la distribución; retención, contratación, retención, estrategias de retención/estrategia de retención, esquema de retención; incentivos económicos, incentivos monetarios, incentivos no económicos, incentivos no monetarios, prestaciones, salarios, beneficios; servicio obligatorio, esquemas de cumplimiento obligatorio, esquema de retención; escalafón rural, promoción profesional, apoyo profesional, tele-salud; tasa de puestos vacantes, motivación, satisfacción del paciente, utilización de los servicios, permanencia en el servicio, y evaluación, repercusión, resultados del programa. Si bien la búsqueda se realizó principalmente en inglés, se intentó recopilar estudios también en francés, portugués, español e idiomas escandinavos, con la ayuda de consultores de regiones en los que se hablan esos idiomas.

El examen incluyó artículos publicados entre 1995 y setiembre de 2008 en países desarrollados y en desarrollo y respecto de todas las categorías de personal sanitario. Los criterios de inclusión establecieron que el estudio debía informar sobre los resultados/efectos de una intervención, referirse en particular a zonas remotas o rurales y contener una clara descripción del diseño y los métodos utilizados. No se incluyeron noticias ni editoriales porque no informaban sobre los efectos de las intervenciones.

El documento de referencia con un resumen de este examen bibliográfico inicial se presentó en la primera reunión plenaria del grupo de expertos, en febrero de 2009, y sirvió como base para que el grupo acordara las preguntas de investigación, estableciera el alcance de las recomendaciones e identificara las deficiencias en la investigación (19). Partiendo de estas lagunas y del plan de acción acordado por el grupo de expertos, se encargaron investigaciones adicionales a algunos integrantes del grupo de expertos (104). Estas últimas se presentan en una de las secciones más abajo. A comienzos de 2010 se realizaron otras búsquedas especiales para verificar que no se hubieran omitido estudios esenciales publicados en el periodo en el que el grupo de expertos estaba trabajando en las recomendaciones.

Exámenes sistemáticos publicados/disponibles

Algunos exámenes bibliográficos sistemáticos realizados antes en este campo fueron particularmente útiles a la hora de recolectar los datos probatorios y completar los perfiles de datos del método GRADE.

Grobler y cols. (2009) Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review)

Este amplio examen sistemático fue realizado por la Cochrane Library con el fin de evaluar la eficacia de las intervenciones dirigidas a aumentar la proporción de agentes de salud en las zonas rurales y subatendidas (35). No se encontraron estudios que cumplieran con los criterios de inclusión (ensayos aleatorizados controlados, ensayos controlados, estudios controlados con una sola cohorte [antes y después] y series temporales interrumpidas que evaluaran los efectos de las estrategias de contratación o retención). Se encontraron seis estudios que cumplían con los criterios para el diseño, pero fueron excluidos porque sólo informaban resultados indirectos. De todos modos, los autores sí proporcionaron ejemplos de estrategias actuales para abordar los desequilibrios en la distribución del personal sanitario, y todos ellos están comprendidos en las cuatro categorías de intervenciones utilizadas en estas recomendaciones. Según los autores: "Las estrategias con perspectivas prometedoras son, entre otras, la selección de estudiantes que proceden de zonas rurales, la ubicación escuelas universitarias o clínicas escuela en zonas rurales, las prestaciones por trabajo en zona rural o especialidad extremadamente demandada y el mayor apoyo personal y profesional".

Como en la mayoría de los exámenes realizados en relación con este aspecto de la investigación en políticas sanitarias, en éste la conclusión fue que se necesitan evaluaciones mejor formuladas para determinar la repercusión y eficacia de estas estrategias. La Secretaría de la OMS utilizó los datos científicos de este examen como base principal para el documento de referencia, pero resolvió realizar otro examen amplio (como se detalla más arriba) para recuperar y analizar la gran cantidad de estudios que no cumplían con los criterios de inclusión. Se consideró que las intervenciones complejas, como las estrategias de contratación y retención, justificaban un análisis de estudios descriptivos y observacionales, ya que a menudo éstos proporcionan información esencial y permiten comprender por qué algunas estrategias de retención funcionan en determinados contextos y no en otros, y cómo lo hacen.

Wilson y cols. (2009) A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of health-care professionals to rural and remote areas

Este estudio partió del examen de la Cochrane Library mencionado más arriba y amplió el alcance de la investigación para incluir estudios que habían sido excluidos, con el fin de brindar un panorama más completo de las investigaciones en este campo y presentar los hallazgos de un modo más simple para hacerlos accesibles a los formuladores de políticas (36). El estudio final incluyó 110 artículos. Los autores decidieron presentar los resultados agrupados en categorías de intervención determinadas: selección, educación, coerción, incentivos y apoyo. No hubo datos probatorios, de los incluidos en el examen, clasificados como "convincientes", aunque los correspondientes a la categoría "selección" recibieron la calificación de "sólidos". La mayoría de los datos recopilados provenía de países de ingresos altos. El examen señala la necesidad de realizar evaluaciones científicamente más rigurosas. Este estudio fue independiente del trabajo del grupo de expertos, pero los datos fueron bastante similares a los que figuran en el documento de referencia de la OMS y a los tratados en las deliberaciones del grupo de expertos. Posteriormente, uno de los coautores de este estudio pasó a formar parte del grupo de expertos.

Gruen y cols. (2009) Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings (Review)

Este examen sistemático se realizó con el objetivo de describir y evaluar la eficacia de las actividades de extensión de los especialistas en relación con diferentes variables, entre ellas el acceso y la satisfacción del paciente (86). Fue ampliamente consultado para la redacción de la recomendación D3, e indicó que los servicios de extensión en las poblaciones rurales aumentaron las consultas al especialista y la proporción de pacientes con cáncer de mama que recibió la atención adecuada. Si bien en este examen se identificaron 73 intervenciones de extensión, sólo nueve cumplían con los criterios de inclusión establecidos en el diseño del estudio y la mayoría se refería a programas de zonas urbanas. No se informaron resultados con relación a la contratación o retención del personal sanitario. Uno de los expertos complementó este examen Cochrane con otra revisión y proporcionó más detalles y explicaciones sobre los diferentes esquemas de apoyo periférico que se han aplicado o se están aplicando en diferentes países, en particular en zonas remotas y rurales.

Bärnighausen y cols. (2009) Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review²

En este examen sistemático se recopilaron 43 estudios, 34 de los Estados Unidos y el resto de Canadá, Japón, Nueva Zelandia y Sudáfrica (71). Todos fueron estudios observacionales y se referían a distintos esquemas de préstamos y becas. De este trabajo se extrajeron la mayoría de los datos probatorios para la recomendación B4. Si bien se reconocieron deficiencias en los diseños de los estudios, los resultados informados fueron alentadores en cuanto a la permanencia en zonas subatendidas después de finalizado el periodo obligatorio inicial.

En los perfiles de datos del método GRADE se brindan más detalles sobre los hallazgos de estos cuatro exámenes sistemáticos (Anexo 1).

Estudios monográficos de países e informes encargados

Como ya se mencionó, la Secretaría de la OMS encargó investigaciones adicionales para subsanar las deficiencias en los datos probatorios identificadas en la primera consulta a los expertos. El trabajo incluía exámenes sistemáticos específicos y una serie de estudios monográficos de países.

Se encargaron tres exámenes. Uno examinó la repercusión del servicio obligatorio en la contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas rurales, y sirvió como base para formular la recomendación B3 (64). El segundo examen consistió en una evaluación "realista", en la que se aplicaron métodos teóricos a los hallazgos originales incluidos en el documento de referencia de la OMS, con el fin de determinar por qué y de qué manera algunas intervenciones tienen éxito (82). Por último, el tercer examen se refirió al papel del apoyo periférico en la contratación de personal sanitario en zonas remotas y rurales (90). Este examen se basó en el examen de Gruen y cols y lo amplió con más ejemplos de actividades de apoyo periférico en las zonas rurales.

Los estudios monográficos de países se encargaron para llegar a conocer en profundidad los elementos del contexto que influyen en las estrategias de retención en distintas situaciones. Todos se basaron en un modelo elaborado por el grupo de expertos y abarcaron los siguientes países: Australia, China, Etiopía, República Democrática Popular Lao, Malí, Noruega, Samoa, Senegal, Vanuatu y Zambia. Algunos de ellos todavía se están realizando, pero se prevé que será posible extraer enseñanzas de la comparación de los diferentes contextos de estos países, para la planificación, aplicación y evaluación de diferentes estrategias de retención.

Los estudios monográficos de países y los tres informes mencionados más arriba se publicarán como documentos independientes y se podrán consultar en: <http://www.who.int/hrh/resources/>.

Perfiles de datos probatorios con el método GRADE

En la elaboración de las presentes recomendaciones se utilizó el método GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation). El método GRADE permite evaluar y clasificar la calidad de los datos probatorios de un modo sistemático y transparente.

Personal de la OMS de la Unidad de Migración y Retención del Personal Sanitario se capacitó y entrenó en el uso del método GRADE, y elaboró los cuadros de datos probatorios de acuerdo con este método y con el apoyo de un miembro del grupo de trabajo GRADE.

El uso del método GRADE para estas recomendaciones planteó algunos retos. Por ejemplo, el sistema no permite la consideración de aspectos clave del contexto ni ofrece espacio para incluir descripciones apropiadas de las características de las complejas intervenciones dirigidas a contratar y retener al personal sanitario. Además, a diferencia de lo que ocurre con las intervenciones estrictamente clínicas, el uso de controles o el ajuste por todas las variables o por factores de confusión es extremadamente complicado, sino imposible, cuando se trata de intervenciones complejas de política sanitaria, y está ausente en numerosos estudios (105).

² Este examen sistemático se basó en uno anterior (Sempowski IP. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. Canadian Journal of rural medicine, 2004, 9:82-88).

Los perfiles de datos del Anexo 1 muestran la clasificación de los datos probatorios para cada recomendación y más información sobre el método GRADE. Se preparó un perfil de datos probatorios según el método GRADE para cada recomendación, con la intención de presentar los datos de más alta calidad disponibles para esa recomendación (en los cuadros de datos descriptivos del Anexo 2 se incluyen datos probatorios adicionales).

Para evaluar la calidad de los datos probatorios según el método GRADE se utilizaron los siguientes criterios:

CALIDAD DE LOS DATOS PROBATORIOS	DISEÑO DEL ESTUDIO	LA CALIDAD DE LOS DATOS PROBATORIOS BAJA CON...	LA CALIDAD DE LOS DATOS PROBATORIOS ES MAYOR CON...
Alta	Ensayo aleatorizado  Estudio observacional	<ul style="list-style-type: none"> • limitaciones del estudio • inconherencias • datos indirectos • imprecisiones • sesgo de publicación 	<ul style="list-style-type: none"> • gran magnitud de efecto • datos probatorios de relación entre dosis y respuesta • consideración de todos los factores de confusión razonables
Moderada			
Baja			
Muy baja			

En general, cuánto más alta es la calidad de los datos probatorios, mayor es la solidez de la recomendación. No obstante, como se señaló en los capítulos 3 y 6, la calidad de los datos probatorios fue sólo uno de los criterios aplicados para determinar el grado de solidez definitivo de las recomendaciones. Dadas las limitaciones de la aplicación del método GRADE para evaluar la calidad de los datos probatorios en relación con intervenciones de política sanitaria (en contraposición a intervenciones clínicas) se le dio igual importancia a otros criterios, como relación entre beneficios y riesgos, valoración y preferencias, y utilización de los recursos. Por esta razón, hay algunas recomendaciones sólidas asociadas con datos probatorios de baja calidad.

Cuadros de datos descriptivos

En el Anexo 2 se incluyen cuadros detallados de datos descriptivos que fueron elaborados a pedido del grupo de expertos con el fin de proporcionar datos adicionales a los recabados en los perfiles de datos probatorios según el método GRADE. En estos cuadros de datos descriptivos se presentan breves resúmenes de aproximadamente 100 estudios que fueron tomados en cuenta en la elaboración de estas recomendaciones. Los cuadros incluyen todos los estudios que figuran en los perfiles de datos probatorios según el método GRADE más otros estudios descriptivos, documentos que analizan los factores que influyen en la decisión del personal sanitario de trasladarse a una zona remota o rural, permanecer en ella o abandonarla, y exámenes de bibliografía regional o internacional sobre la contratación y permanencia del personal sanitario.

Lista de participantes

MIEMBROS DEL GRUPO DE EXPERTOS DE LA OMS

Walid Abubaker, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, El Cairo, Egipto
Elie Akl, State University of New York at Buffalo, University of New York, Buffalo, NY, Estados Unidos
Omolade Alao, URMEEL Nord Pas-de-Calais, Lille, Francia
E. Grace Allen-Young, Consultor independiente, Kingston, Jamaica
Magdalene Awases, Oficina Regional de la OMS para África, Harare, Zimbabwe
Dina Balabanova, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido
Karin Bergstrom, Alto a la Tuberculosis, OMS, Ginebra, Suiza
Jean-Marc Braichet, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
James Buchan, Queen Margaret University, Edimburgo, Reino Unido
James Campbell, Integrare S.L., Barcelona, España
Laurence Codjia, Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, OMS, Ginebra, Suiza
John Connell, Universidad de Sidney, Sydney, Australia
Ian Couper, University of the Witwatersrand, Hartbeespoort, North West Province, Sudáfrica
Manuel M. Dayrit, Human Resources for Health, OMS, Ginebra, Suiza
Marjolein Dieleman, Royal Tropical Institute, Amsterdam, Netherlands
Yang Ding, Ministry of Health, Beijing, China
Carmen Dolea, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Delanyo Dovlo, Gobernanza de los Sistemas de Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Varatharajan Durairaj, Financiación de los Sistemas de Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Gilles Dussault, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal
Fadi El-Jardali, Universidad Americana de Beirut, Beirut, Líbano
Carissa F. Etienne, Sistemas y Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Seble Lemma Frehywot, George Washington University, Washington, DC, Estados Unidos
Adriana Galan, Instituto Nacional de Salud Pública, Bucarest, Rumania
Nicolau Sabado Girardi, Faculdade de Medicina da UFMG Belo Horizonte, Brasil
Charles Godue, Oficina Regional de la OMS para las Américas, Washington, DC, Estados Unidos
Armando Guerra Vilanova, Ministerio de Salud, La Habana, Cuba
Paolo Hartmann, Iniciativa de Atención Centrada en los Países, OMS, Ginebra, Suiza
Luis Huicho, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú
Muzaherul M. Huq, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, Nueva Delhi, India
Françoise Jabot, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, Francia
Mireille Kingma, Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra, Suiza
Hortence Afoue Kouame, Ministerio de Salud Pública e Higiene de Costa de Marfil, Abidjan, Costa de Marfil
Christophe Lemièrre, Banco Mundial, Dakar, Senegal
Percival Mahlathi, Ministerio de Salud, Pretoria, Sudáfrica
Tim Martineau, Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, Liverpool, Reino Unido
Jim McCaffery, Training Resources Group and CapacityPlus, Washington, DC, Estados Unidos
Joanne McManus, consultor independiente, Oxford, Reino Unido
Hilary Mwale, consultor independiente, Lusaka, Zambia
Annette Mwansa Nkowane, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Thinakorn Noree, Ministerio de Salud Pública, Nonthaburi, Tailandia
Charles Normand, Universidad de Dublin, Dublin, Irlanda
Ezekiel Nukuro, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, Manila, Filipinas
Mary O'Neil, Management Sciences for Health, Cambridge, MA, Estados Unidos
Galina Perfilieva, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhagen, Dinamarca

Ray Pong, Laurentian University, Sudbury, ON, Canadá
Estelle E. Quain, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Washington, DC, Estados Unidos
Steve J. Reid, Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
Felix Rigoli, Oficina Regional de la OMS para las Américas, Washington, DC, Estados Unidos
Eric de Roodenbeke, Federación Internacional de Hospitales, Ferney-Voltaire, Francia
Salif Samake, Ministerio de Salud, Bamako, Malí
Julia Seyer, World Medical Association, Ferney-Voltaire, Francia
Agnès Soucat, Banco Mundial, Washington, DC, Estados Unidos
Barbara Stilwell, IntraHealth International, Chapel Hill, NC, Estados Unidos
Laura Stormont, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Roger Strasser, Universidades Lakehead y Laurentian, Sudbury, Ontario, Canadá
Karin Straume, Office of the Finnmark County Governor, Vadsoe, Noruega
Thiagarajan Sundararaman, National Health Systems Resource Centre, New Delhi, India
Aly Boury Sy, Banco Mundial, Kigali, Rwanda
Pawit Vanichanon, Langu District Hospital, Satun, Tailandia
Marko Vujicic, Banco Mundial, Washington, DC, USA
Kim Webber, Rural Health Workforce Australia, Melbourne, Australia
Suwit Wibulpolprasert, Ministerio de Salud Pública, Nonthaburi, Tailandia
John Wynn-Jones, Institute of Rural Health, Powys, Reino Unido
Guangpeng Zhang, Ministerio de Salud, Beijing, China
Junhua Zhang, Ministerio de Salud, Beijing, China
Pascal Zurn, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza

OBSERVADORES

Mohamed Ibrahim Abdel Rahim, Oficina de la OMS en el país, Túnez, Túnez
Taghreed Adam, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Rowaida Al Maaitah, Consejo de Enfermería de Jordania, Amman, Jordania
Djona Atchenemou Avocksouma, Ministerio de Salud Pública, N'Djamena, Chad
Rebecca Bailey, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Nourredine Ben Nacef, Ministerio de Salud Pública, Túnez, Túnez
Yann Bourgueil, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, Francia
Francesca Celletti, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Améline Chaouachi, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Mario Dal Poz, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Dominique Desplats, Association Santé Sud, Marseille, Francia
Andrew S. Downes, University of West Indies, Bridgetown, Barbados
Norbert Dreesch, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Joseph Dwyer, Management Sciences for Health, Cambridge, MA, Estados Unidos
Hashim Elzein El-Mousaad, Oficina de la OMS en el país, Amman, Jordania
Benjamin Fouquet, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Laure Garancher, Oficina de la OMS en el país, Hanoi, Vietnam
Gulin Gedik, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Laragh Gollogly, Gestión e Intercambio de Conocimientos, OMS, Ginebra, Suiza
Alexandre Goubarev, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Neeru Gupta, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Asmus Hammerich, Oficina de la OMS en el país, Vientiane, República Democrática Popular Lao
Nicole Hanssen, Santé Sud, Marseille, France
Rita Kabra, consultor independiente, Ginebra, Suiza

Solomon Kagulula, Oficina de la OMS en el país, Lusaka, Zambia
Faith McLellan, Política y Cooperación en materia de Investigaciones, OMS, Ginebra, Suiza
Sana Naffa, Oficina de la OMS en el país, Amman, Jordania
Jean-Marc Olivé, Oficina de la OMS en el país, Hanoi, Vietnam
Martins Ovberedjo, Oficina de la OMS en el país, Dar es Salaam, República Unida de Tanzania
Margaret Loma Phiri, Oficina regional de la OMS para África, Ouagadougou, Burkina Faso
Marivand M. Pinto, Ministerio de Salud, Brasilia, Brasil
Aurélie Rouzaut, Chargée d'étude, Runan, Francia
Sarah Russell, Organización de la Prestación de Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Farba Lamine Sall, Ministère de la Santé et de la Prévention, Dakar, Senegal
Badara Samb, Organización de la Prestación de Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Mubashar Sheikh, Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, OMS, Ginebra, Suiza
Gillian Weightman, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Erica Wheeler, Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, OMS, Ginebra, Suiza
Susan Wilburn, Salud Pública y Medio Ambiente, OMS, Ginebra, Suiza
Christiane Wiskow, Consultor independiente, Ginebra, Suiza
Jean Yan, Recursos Humanos para la Salud, OMS, Ginebra, Suiza
Jelka Zupan, Salud de la mujer y reducción de los riesgos del embarazo, OMS, Ginebra, Suiza

Referencias

1. *Informe sobre la salud en el mundo 2006* – Colaboremos por la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
2. Zurn P et al. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.
3. Hamilton K & Yau J. The global tug-of-war for health care workers. Washington, DC, Migration Policy Institute, 2004 (<http://www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=271>, consultado el 17 de marzo de 2010).
4. Codjia L, Jabot F, Dubois H. *Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali* [Evaluación del programa para fortalecer la presencia de médicos en los subdistritos sanitarios de la zona rural de Mali]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées – étude de cas No. 2).
5. Committee on the Future of Rural Health Care; Institute of Medicine. Quality Through Collaboration: The Future of Rural Health. Washington, DC, National Academies Press, 2005.
6. Cash R & Ulmann P. *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : Le cas de la France* [Proyecto de la OCDE sobre migración del personal sanitario: el caso de Francia]. París, OCDE, 2008 (OECD Health Working Paper no.36).
7. Dumont JC et al. International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: Myths and realities. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2008 (OECD Health Working Paper no.40).
8. Zhang D & Unschuld PU. China's barefoot doctor: past, present and future. *The Lancet*, 2008, 372(9653):1865–1867.
9. Cooper RS, Kennelly JF, Ordunez-Garcia P. Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35(4):817–824.
10. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health*, 2003, 1:12.
11. The Joint Learning Initiative. *Human resources for health. Overcoming the crisis*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2004.
12. Grupo Especial sobre la ampliación de la enseñanza y la formación del personal de salud. Scaling Up, Saving Lives. Ginebra, Organización Mundial de la Salud / Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, 2008 (http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf, consultado el 26 de marzo de 2010).
13. *Marco de Acción sobre el Personal Sanitario*. Organización Mundial de la Salud / Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario / Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional / The Capacity Project. (<http://www.capacityproject.org/framework>, consultado el 17 de marzo de 2010).
14. Dal Poz MR et al., eds. *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud / Banco Mundial / Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2009.
15. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/index.html>, consultado el 17 de marzo de 2010.
16. Naciones Unidas. 1998. Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación. Revisión 1. Series M, No. 67, Rev. 1 (Publicación de las Naciones Unidas, número de venta E.98.XVII.8).
17. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision Population Database*. New York, NY, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2004 (<http://www.un.org/esa/population/publications/wup2003/WUP2003Report.pdf>, consultado el 17 de marzo de 2010).
18. *World Urbanization Prospects: The 2007 Revision Population Database*. New York, NY, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2008 (<http://esa.un.org/unup/>, consultado el 17 marzo de 2010).
19. Dolea C et al. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf, consultado el 17 de marzo de 2010).
20. <http://www.who.int/hrh/migration/retention/en/>, consultado el 17 de marzo de 2010.
21. <http://www.aaahrh.org/conf2009.php>, consultado el 17 de marzo de 2010.
22. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/en/>, consultado el 7 de junio de 2010.
23. <http://www.who.int/rpc/guidelines/en/>, consultado el 17 de marzo de 2010.
24. Smith KB, Humphreys JS, Wilson MG. Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*, 2008, 16(2):56–66.
25. Strasser R & Neusy AJ. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2010 (en prensa).
26. Couper I et al. Influences on the choice of health professionals to practice in rural areas. *South African Medical Journal*, 2007, 97:1082–1086.
27. Dieleman M et al. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Journal of Human Resources for Health*, 2003, 1(10): 1–10.
28. Lipinge SN et al. Perceptions of health workers about conditions of service: A Namibian case study. Harare, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2006 (Discussion Paper No. 35) (<http://www.equinetfrica.org/bibl/docs/DIS35Hriipinge.pdf>, consultado el 17 de marzo de 2010).

29. Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human Resources for Health*, 2008, 6:18.
30. Kurniati AN, Efendi F. Viewing decentralization as an opportunity in improving availability of health workers in underserved areas. (http://www.aaahrh.org/4th_conf_2009/Kurniati_INDONESIA.pdf, consultado el 17 de marzo de 2010).
31. Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: How strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health*, 2003, 11:277–284.
32. De Vries E, Reid S. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal*, 2003, 93(10).
33. Rabinowitz HK et al. Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Academic Medicine*, 2005, 80:728–732.
34. Woloschuk W, Tarrant M. Do students from rural backgrounds engage in rural family practice more than their urban-raised peers? *Medical Education*, 2004, 38:259–261.
35. Grobler L et al. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). The Cochrane Library, 2009, Issue 1.
36. Wilson NW et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health*, 2009, 9:1060.
37. Longombe AO. Medical schools in rural areas – necessity or aberration? *Rural and Remote Health*, 2009, 9:1311.
38. Wang L. A comparison of metropolitan and rural medical schools in China: Which schools provide rural physicians? *Australian Journal of Rural Health*, 2002, 10:94–98.
39. Bowman RC, Penrod JD. Family practice residency programs and the graduation of rural family physicians. *Family Medicine*, 1998, 30(4):288–292.
40. Acosta DA. Impact of rural training on physician workforce: The role of postresidency education. *The Journal of Rural Health*, 2000, 16(3):254–261.
41. Pacheco M et al. The impact on rural New Mexico of a family medicine residency. *Academic Medicine*, 2005, 80(8):739–744.
42. Zurn P, Codjia L, Lamine Sall F. *La fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles au Sénégal* [Retención del personal sanitario en zonas subatendidas de Senegal]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées – étude de cas No. 1).
43. Pálsdóttir B, Neusy A-J, Reed G. Building the evidence base: networking innovative socially accountable medical education programs. *Education for Health*, 2008, 21:2.
44. Smucny J et al. An evaluation of the Rural Medical Education Program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990-2003. *Academic Medicine*, 2005, 80:733–738.
45. Halaas GW et al. Recruitment and retention of rural physicians: Outcomes from the rural physician associate program of Minnesota. *Journal of Rural Health*, 2008, 24(4): 345–352.
46. Capstick S, Beresford R, Gray A. Rural pharmacy in New Zealand: Effects of a compulsory externship on student perspectives and implications for workforce shortages. *Australian Journal of Rural Health*, 2008, 16:150–155.
47. Courtney M et al. The impact of rural clinical placement on student nurses' employment intentions. *Collegian*, 2002, 9(1):12–18.
48. Kaye DK, Mwanika A, Sewankambo N. Influence of the training experience of Makerere University medical and nursing graduates on willingness and competence to work in rural health facilities. *Rural and Remote Health*, 2010, 10:1372.
49. Mathews M, Rourke JTB, Park A. The contribution of Memorial University's medical school to rural physician supply. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 2008, 13(1):15–21.
50. Whiteside C, Pope A, Mathias R. Identifying the need for curriculum change. When a rural training program needs reform. *Canadian Family Physician*, 1997, 43:1390–1394.
51. Strasser R, Lanphear J. The Northern Ontario School of Medicine: responding to the needs of the people and communities in Northern Ontario. *Education for Health*, 2008, 21:3.
52. Curran V & Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher*, 2004, 26(3):265–272.
53. Worley P et al. The Parallel Rural Community Curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Medical Education*, 2000, 34:558– 565.
54. Humphreys J et al. *Improving primary health care workforce retention in small rural and remote communities: How important is ongoing education and training?* Canberra, Australian Primary Health Care Research Institute, 2007.
55. White CD et al. Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural and Remote Health*, 2007, 7:700.
56. Van Dormael M et al. Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali. *Recursos Humanos para la Salud*, 2008, 6:25.
57. Hoodless M & Bourke L. Expanding the scope of practice for enrolled nurses working in an Australian rural health service – implications for job satisfaction. *Nurse Education Today*, 2009, 29(4):432–438.

58. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 2002, 324:819–823.
59. Mullan F & Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *The Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
60. Pereira C et al. Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007, 114:1530–1533.
61. Lewin SA et al. Lay health workers in primary and community health care (Review). *The Cochrane Library*, 2005, Issue 4.
62. Lehmann U. Mid-level health workers: *The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes. A literature review*. Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/hrh/MLHW_review_2008.pdf, consultado el 24 de marzo de 2010).
63. Hongoro C & Normand C. Health workers: Building and motivating the workforce. En: Jamison DT et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed. Banco Mundial / Organización Mundial de la Salud / Fogarty International Centre of the National Institutes of Health, 2006, 71:1309–1322.
64. Frehywot S et al. *Compulsory service programme as a means of deploying and retaining health workers in rural, remote and underserved areas – a global analysis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (en prensa).
65. Cavender A, Alban M. Compulsory medical service in Ecuador: The physician's perspective. *Social Science and Medicine*, 1998, 47(12):1937–1946.
66. Reid SJ. Compulsory community service for doctors in South Africa – an evaluation of the first year. *South African Medical Journal*, 2001, 91(4):329–335.
67. Wongwacharapaiboon P, Sirikanokwilai N, Pengpaiboon P. The 1997 massive resignation of contracted new medical graduates from the Thai Ministry of Health: What reasons behind? *Human Resources for Health Development Journal*, 1999, 3(2):147–156.
68. Dovlo D. The brain drain and retention of health professionals in Africa. (A case study prepared for a Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: Things That Work!) Accra, 2003 (http://www.medact.org/content/health/documents/brain_drain/Dovlo%20-%20brain%20drain%20and%20retention.pdf, consultado el 17 de marzo de 2010).
69. Dussault G & Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Recursos Humanos para la Salud*, 2006, 4:12 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>, consultado el 17 marzo de 2010).
70. Omole OB, Marincowitz G, Ogunbanjo GA. Perceptions of hospital managers regarding the impact of doctors' community service. *South African Family Practice*, 2005, 47(6):55–59.
71. Bärnighausen T & Bloom D. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 2009, 9:86.
72. Matsumoto M, Inoue K & Kajii E. Long-term effect of the home preference recruiting scheme of Jichi Medical University Japan. *Rural and Remote Health*, 2008, 8:1–15.
73. Mangham LJ & Hanson K. Employment preferences of public sector nurses in Malawi: results from a discrete choice experiment. *Health Economics and Financing Programs*, 2008, 13(12):1433–1441.
74. Martineau T et al. *Factors affecting retention of different groups of rural health workers in Malawi and Eastern Cape Province, South Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud / Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2006 (inédito).
75. Mrayyan MT. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 2005, 13:40–50.
76. Kotzee T & Couper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? *Rural and Remote Health*, 2006, 6:581.
77. Gibbon P & Hales J. *Review of the Rural Retention Program – Final report*. Australian Government, Department of Health and Ageing, 2006. ([http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/751B9B296D05A4C8CA25741E0079E487/\\$File/review.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/751B9B296D05A4C8CA25741E0079E487/$File/review.pdf), consultado 17 March 2010).
78. *Impact des mesures d'incitation financière accordées aux médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes [Impact of financial incentive measures for doctors, pharmacists and dentists]*. Niamey, Ministère de la Santé Publique, 2008.
79. Reid S. *Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals – Research project report*. Durban, Health Systems Trust, 2004 (http://healthlink.org.za/uploads/files/rural_allowance.pdf, consultado el 29 de marzo de 2010).
80. Koot J & Martineau T. *Zambian Health workers retention scheme (ZHWRs) 2003-2004: Mid-term review*. 2005 (http://www.hrhresourcecenter.org/hosted_docs/Zambian_Health_Workers_Retention_Scheme.pdf, consultado el 24 de marzo de 2010).
81. Janes R & Dowell A. New Zealand rural general practitioners 1999 survey – Part 3: rural general practitioners speak out. *The New Zealand Medical Journal*, 2004, 117(1191):1–9.
82. Dieleman M et al. *Realist review and synthesis on retention studies for health workers in rural and remote areas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (en prensa).

83. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 2008, 8:19.
84. Chaudhury N, Hammer J. Ghost doctors: absenteeism in Bangladeshi health facilities. Washington DC, Banco Mundial, 2003 (Policy Research Working Paper No. 3065).
85. Watanabe M, Jennett P, Watson M. The effect of information technology on the physician workforce and health care in isolated communities: the Canadian picture. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1999, 5(Suppl.2):11–19.
86. Gruen RL et al. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (4):CD003798.
87. Gagnon MP et al. Exploring the effects of telehealth on medical human resources supply: a qualitative case study in remote regions. *BMC Health Services Research*, 2006, 7(6):1–9.
88. Gagnon MP et al. Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions: what are the conditions for success? *Implementation Science*, 2007, 1(18):1–8.
89. Como del Corral MJ et al. Utility of a thematic network in primary health care: a controlled interventional study in a rural area. *Recursos Humanos para la Salud*, 2005, 3(4):1–7.
90. De Roodenbeke E et al. *Outreach services as a strategy to increase access to health workers in remote and rural areas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (en prensa).
91. Masango S, Gathu K, Sibandze S. Retention strategies for Swaziland's health sector workforce: Assessing the role of non-financial incentives. Harare, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2006 (Discussion Paper No. 35) (<http://www.equinet-africa.org/bibl/docs/DIS68masango.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2010).
92. Butterworth K, Hayes B, Neupane B. Retention of general practitioners in rural Nepal: A qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*, 2008, 16(4):201–206.
93. Couper ID & Worley PS. Health and information in Africa: the role of the Journal Rural and Remote Health. *Rural and Remote Health*, 2006, 6: 644.
94. Gardiner M et al. Impact of support initiatives in retaining rural general practitioners. *Australian Journal of Rural Health*, 2006, 14:196–201.
95. Willis-Shattuck M et al. Improving motivation and retention of health professionals in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 2008, 8:247.
96. Pawit Vanichanon, comunicación personal, 2009.
97. Junhua Zhang, comunicación personal, 2009.
98. Huicho L et al. Increasing access to health workers in underserved areas: A conceptual framework for measuring results. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2010, 88(5):357-63.
99. Hanson K & Jack WG. Health worker preferences for job attributes in Ethiopia: results of a discrete choice experiment. International Health Economics Association, 6th World Congress, 2007 (Explorations in Health Economics Paper) (<http://ssrn.com/abstract=994212>, consultado 17 March 2010).
100. Mangham LJ & Hanson K. Employment preferences of public sector nurses in Malawi: results from a discrete choice experiment. *Health Economics and Financing Programs*, 2008, 13(12):1433–1441.
101. Lagarde M & Blaauw D. A review of the application and contribution of discrete choice experiments to inform human resources policy interventions. *Recursos Humanos para la Salud*, 2009, 7:62.
102. World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *The Lancet*, 2009, 373:2137–2169.
103. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2010, 88(5):379-85.
104. http://www.who.int/hrh/events/2009/expert_meeting/en/index.html, consultado el 17 de marzo de 2010.
105. Shepperd S et al. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Medicine*, 2009, 6(8).



©WHO / M. Willman

Los planificadores de políticas de todos los países, independientemente de cuál sea el nivel de desarrollo económico nacional, buscan alcanzar la equidad sanitaria y satisfacer las necesidades de salud de sus poblaciones, en especial de los grupos más vulnerables y desfavorecidos. La escasez de personal sanitario capacitado en las zonas remotas o rurales impide que un porcentaje considerable de la población acceda a los servicios de salud, entorpece el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y constituye un escollo en la estrategia destinada a lograr salud para todos. En el presente documento se propone un conjunto de recomendaciones fundamentadas en datos probatorios para aumentar la contratación y permanencia de personal sanitario motivado en las zonas remotas o rurales, y se ofrece orientación acerca de cómo aplicar estrategias de retención tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

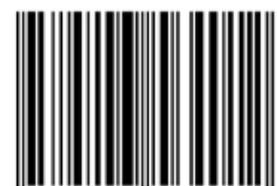


**Organización
Mundial de la Salud**

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Recursos Humanos para la Salud
20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

www.who.int/hrh/retention

ISBN 978 92 4 356401 2



9 789243 564012